

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaal-ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste Instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika

Kadri Plato

**SOTSIAALSEST REHABILITATSIOONITEENUSEST
TEADLIKKUS JA VALMISOLEK MUUTUSTEKS**

Magistritöö

Juhendaja: Dagmar Narusson, MA

Kaasjuhendaja: Marju Selg, MSW

Tartu 2016

Abstract

'Awareness of social rehabilitation service and willingness to change'

My Master's thesis addresses the provision of the social rehabilitation service for both working age and retired disabled persons. Rehabilitation system was significantly changed in Estonia in 2016. Now people applying for rehabilitation undergo preliminary assessment according to WHODAS 2.0 questionnaire. Rehabilitation considers person-centered and holistic approach to be important/ crucial.

World Health Organization (WHO, 2013) reveals that approximately 15% of the world's population is disabled and the need for rehabilitation services is increasing every year. Rehabilitation service enables persons with disabilities to increase their independency and social involvement. Disability should be viewed not only from the medical model, but taking a standpoint that it is a changing concept and the result of relations between personal and social environment.

Social rehabilitation is a service designed for the persons with disability or with reduced work capability to improve their independence in daily living environment. The aim of social rehabilitation is to support individuals in coping with everyday life, studies, working, participation in the society, communication and recreation. Social rehabilitation services are provided as complex rehabilitation services. According to the regulation no. 66 (RT I, 12.29.2015, 33) issued by the Minister of Social Protection in 21.12.2015, social rehabilitation consists of the following services: supervision and networking in the rehabilitation process, assessment of results, services of a physiotherapist, occupational and creative therapist, social worker, psychologist, special education teacher, speech therapist, nurse, experience advisor and medical services.

The research reveals that people's awareness of social rehabilitation services is very limited or completely lacking. People apply for rehabilitation service to get only particular services (massage, hydrotherapy, etc.). These have been the main services formerly received in the rehabilitation. People's willingness to change their daily lives is limited. Disabled persons of working age who participated in the study needed a variety of counselling services to manage the problems arising from their health condition better in the future. Retired disabled persons are more interested in particular rehabilitation services in order to improve their current health condition and see very little need for counselling services.

Sisukord

Abstract	2
Sissejuhatus	5
1. TEOREETILINE RAAMISTIK.....	7
1.1 Terviklik ja isikukeskne lähenemine rehabilitatsioonis	7
1.2. Puude mõiste	8
1.3. Puude käsitlused	10
1.3.1. Puuetega inimeste kaasatus ja osalus	12
1.4. Ülevaade rehabilitatsioonist	13
1.5. Rehabilitatsioon Eestis enne 2016.aastat	15
1.5.1. Muutuste kavandamine rehabilitatsioonis.....	16
1.6. Sotsiaalne rehabilitatsioon.....	18
1.7. Hindamine rehabilitatsioonis ja Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsioon (RFK).....	21
1.8. Probleemi sõnastamine ja uurimuse eesmärk.....	24
2. MEETOD	28
2.1. Uurimismeetodi valik.....	28
2.2. Uurimuses osalejad	31
2.3. Andmete kogumine.....	33
2.4. Analüüsi meetod	34
2.5. Uuri ja refleksiivus.....	35
3. ANALÜÜS	37
3.1. Rehabilitatsiooni mõiste tõlgendamine ja teadlikkus sotsiaalsest rehabilitatsioonist	38
3.1.1. Rehabilitatsiooni mõistmine ja sotsiaalsest rehabilitatsioonist teadlikkus	38
3.1.2. Info kättesaadavus ja usaldusväärsus	40
3.1.3. Rehabilitatsiooni korraldus	41

3.1.4. Rehabilitatsiooniteenuse soovitajad	41
3.1.5. Rehabilitatsioon ja taastusravi teenused	42
3.1.6. Varasem kogemus rehabilitatsioonist ja sellega rahulolu	44
3.2. Tervise olukord.....	45
3.3. Majanduslik toimetulek.....	46
3.4. Ühiskonnaellu kaasatus.....	48
3.5. Igapäevaelu toimingutega toimetulek ja valmisolek muutusteks	49
3.5.1. Kognitiivsed võimed	50
3.5.2. Liikumine	51
3.5.3. Enese eest hoolitsemine	52
3.5.4. Suhtlemine inimestega	53
3.5.5. Igapäevased toimingud	54
3.5.6. Ühiskonnaelus osalemine.....	55
3.6. Valmisolek muutusteks ja rehabilitatsiooniteenuste vajadus	56
4. ARUTELU	59
Kokkuvõte	63
Kasutatud kirjandus	65
LISAD	70
Lisa 1. Informeeritud nõusolek isikuandmete töötlemiseks	70
Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu kava.....	72
Lisa 3. Taotlus Sotsiaalkindlustusametile.....	73

Sissejuhatus

Minu magistritöö käsitleb sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamist puuetega tööeliste ja vanaduspensionistidele inimestele. Sotsiaalse rehabilitatsiooni väljaarendamine Eestis on üks osa riiklikust töövõimereformist, mille eesmärk on puuetega inimeste osaluse ja kaasatuse suurendamine ning inimestele abi osutamine juhtumikorralduslikul põhimõttel. Töövõimereformiga muudetakse lähenemist tööelule ja töövõimetusele, kuid muudatused on tehtud ka rehabilitatsiooni-, abivahendite- ja erihoolekandeteenuste valdkondades.

Rehabilitatsiooniteenus on sotsiaalteenus, mida osutab Sotsiaalkindlustusamet inimestele, kellel on määratud puue või töövõimetus. Iga aastaga on suurenenud vajadus rehabilitatsiooniteenuste järele, mistõttu on tekkinud teenusele saamiseks järjekorrad. Sotsiaalkindlustusameti kodulehe andmetel on 2016. aasta alguses rehabilitatsiooniteenuse järjekorras ligi 900 isikut.

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO, 2013) andmetel on ligikaudu 15% maailma elanikest puudega. Rehabilitatsiooni valdkond on tänapäeval kiiresti arenev valdkond, sest puudega inimesed vajavad teenuseid, mis parandaks nende iseseisvat toimetulekut ja aitaks olla ühiskonnaellu kaasatud. Sotsiaalse rehabilitatsiooni arendamine on Eestis suure tähelepanu all. Üks olulisemaid teemasid selles valdkonnas on eelhindamine, mis aitab aru saada inimese olukorrast, tema vajadustest ja probleemidest, kuid annab ka võimaluse tugineda inimese enda ressursidele, näiteks tema lähedastele inimestele ja positiivsetele kogemustele. Rehabilitatsioon lähtub põhimõttest, et väga oluline on isikukeskne ja terviklik lähenemine, et saavutada inimese parim võimalik iseseisev toimetulek argieluga.

Asusin käesoleva aasta algul Sotsiaalkindlustusametis tööle juhtumikorraldajana ja minu üheks tööülesandeks on sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine isikutel alates 16.eluaastast, kellel 01.01.2016 seisuga puudub kehtiv rehabilitatsiooniplaan. Juhtumikorraldaja tööülesandeks on läbi viia rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine ehk eelhindamine, mille eesmärk on selgitada, kas inimene vajab kompleksseid rehabilitatsiooniteenuseid või seostamine teiste teenustega, et tagatud oleks isiku tegevusvõime ja osalus ühiskonnaelus. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamiseks

kasutab juhtumikorraldaja WHODAS 2.0 küsimustikku, mis põhineb RFK-l. Küsimustik sisaldab kokku üle 100 küsimuse, mis aitavad saada ülevaadet inimese olukorrast tervikuna ja selgitada välja inimese tegevus- ja osalusvõime igapäevaelu toimingutega hakkamasaamisel.

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenusele pöörduvad inimesed teadmata, mis on teenuse sisu ja, milliseid teenuseid on võimalik sotsiaalsest rehabilitatsioonist saada. Paljud inimesed soovivad rehabilitatsiooniteenuse kaudu parandada tervisest tulenevaid probleeme ning ei pea vajalikuks saada nõustamist. Inimesed tahavad tegeleda kitsalt oma terviseprobleemiga ega ole valmis kasutama kompleksset teenust, mille eesmärk on aidata neil mõista muutuste vajalikkust, see tähendab muuta oma senist igapäevaelu korraldust ja seeläbi parandada oma elukvaliteeti.

Minu uurimustöö eesmärk on saada ülevaade inimeste teadlikkusest sotsiaalse rehabilitatsiooni olemuse, teenuste ja rehabilitatsiooni kaudu igapäevaelus muutuste saavutamise valmisoleku kohta. Kuna tegemist on teenusega, mille põhimõtet on 2016. aasta algusest oluliselt muudetud, siis on oluline kaardistada sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse toimimine selle algusjärgus. Viin läbi osaleva juhtumiuuringu, kus andmete kogumine toimub rehabilitatsiooniteenuse taotlejate igapäevase hindamisprotsessi käigus, milleks kasutan rehabilitatsioonivajaduse hindamise küsimustikku WHODAS 2.0. Oma uurimiseesmärgi täitmiseks esitasin taotlejatele täiendavaid küsimusi.

Magistritöö koosneb neljast peatükist. Esimene peatükk sisaldab ülevaadet isikukesksest ja terviklikust lähenemisest rehabilitatsioonis, puude mõistest ja puute käsitlestest, rehabilitatsioonist ja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korraldusest Eestis ning rehabilitatsioonivajaduse hindamisel kasutatavast WHODAS 2.0 küsimustikust. Teises peatükis kirjeldan uurimismeetodit ja uurimuses osalejaid ning lisatud on uurija eneserefleksioon. Kolmandas peatükis arutlen uurimistöö tulemuste üle ning töö lõpeb kokkuvõttega.

Minu magistritöö valmimine sai võimalikuks tänu minu pere toetavale suhtumisele ja tööandja vastutulelikkusele õppepuhkuste võimaldamisel vaatamata suurele tööhulgale ja lahendamist vajavatele probleemidele uuenenud rehabilitatsiooni korralduses. Tänan väga oma juhendajaid Dagmar Narussoni ja Marju Selga, kes mind uurimustöö tegemisel nõustasid ja toetasid.

1. TEOREETILINE RAAMISTIK

Töö teoreetiline osa tugineb tervikliku ja isikukeskse lähenemise kirjeldamisele rehabilitatsioonis; puude mõiste selgitamisele ja puude käsitlesele; rehabilitatsiooniteenuse olemusele ja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korraldusele Eestis, mis kõik on mõjutanud rehabilitatsiooni valdkonna toimist. Selles osas kirjeldan ka sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel kasutatavat WHODAS 2,0 küsimustikku, mis tugineb Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonile (RFK).

1.1 Terviklik ja isikukeskne lähenemine rehabilitatsioonis

Rehabilitatsioonile lähenetakse laiahaardeliselt ning keskel kohal on klient kui inimene tervikuna koos oma elukeskkonna ja sotsiaalse võrgustikuga. Kuna kõikvõimalikud eluvaldkonnad on omavahel seotud, pakutakse elukvaliteedi parandamisel toetust mitmetes valdkondades. Hollander, Wilken (2015: 15) peavad oluliseks tervikliku lähenemise puhul rehabilitatsioonis töötamist kliendiga kolmes suures valdkonnas: elukvaliteediga seotud soovide ja eesmärkide toetamine; toimetulek haavatavusega ja tugevuste esiletoomine ning sotsiaalsete võrgustike toetamine ja juurdepääsetavuse tagamine elukeskkonnas.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamises terviklik lähenemine toetab inimese arusaamist iseendast ja oma võimetest. Hindamise käigus selgitatakse välja inimese probleemid, nende tekkepõhjused, probleemi dünaamika ning samavõrd on oluline inimese tugevuste ülesleidmine ja nende kaardistamine. Tervikliku rehabilitatsiooni käsitleks peab hindamine olema läbiviidud viisil, et isik: tunnetaks ennast partnerina protsessis; mõistaks vastustust protsessis; saaks piisavalt toetust iseenda olukorrast arusaamisel; vajadusel saaks kaasata protsessi oma pere või sotsiaalseid võrgustikuliikmeid (Office of Mental Health..., 2004).

Isikukeskne lähenemine on mõtteviis, milles nähakse inimesi võrdsete partneritena tervishoiu- ja sotsiaalteenuste planeerimisel ja arendamisel ning tegevuste osutamisel lähtutakse inimese vajadustest. Isikukesksel lähenemisel arvestatakse isiku soove,

väärtuseid, perede olukorda, sotsiaalsed keskkonda ja eluviisi (Health Innovation Network). On väga oluline, kuidas inimesega suheldakse, kas teda käsitletakse objektina, pakkudes talle spetsialisti poolseid lahendusi või kaastakse isikut protsessi subjektina, kes ise saab otsustada, mil moel ta oma elu elada tahab ja milliseid lahendusi võimalikuks peab.

Wilken, Hanga jt (2015) arvamuse kohaselt tuleb isikukesksel lähenemisel lähtuda põhimõttest, et inimene on ise oma elu ekspert. Üksikisiku tasandil peab teenuseosutaja asetama keskele kohale inimese enda. Inimesel peab olema võimalus valida toetusmeetmeid, mis aitavad tal oma eesmärged saavutada ja vajadusi täita. Isikukeskne lähenemine tähtsustab kogukonda kuulumist ja inimese võimalusi kaasata perekonnaliikmeid, sõpru, naabreid, kaastöötajaid ja võimalikke teisi toetavaid ja kaasaaitavaid ressursse.

Isikukesksel lähenemisel arvestatakse igat isikut sellisena nagu ta on – ainulaadne ja eriline koos oma elulooga ja võimalustega, kogemustega, tunnete ja emotsioonidega. Toetuse ja teenuste pakkumisel on isik kaasatud protsessi partnerina, kuna tegemist on inimese enda eluga. Isikukeskne lähenemine toetab inimese igapäevaelu ja inimese enda väärtusi, pakkudes vajadusel toetust muutuste protsessis (The Council on Quality and Leadership, 2010).

1.2. Puude mõiste

ÜRO Peaassamblee poolt on puuetega inimeste õiguste konventsioon vastu võetud 13.detsembril 2006.aastal. Eesti ühines puuetega inimeste õiguste konventsiooni ja fakultatiivprotokolliga 30.mail 2012.aastal. Konventsiooni eesmärk on edendada, kaitsta ja tagada kõigi inimõiguste ja põhivabaduste täielik ja võrdne teostamine kõigi puuetega inimeste suhtes ning edendada lugupidamist nende loomupärase vääriluse suhtes.

Puuetega inimeste õiguste konventsioonis ja fakultatiivprotokollis (RT II, 04.04.2012, 6) on sõnastatud puue kui ajas muutuv mõiste ja, et puue on vaegustega isikute ning suhtumuslike ja keskkondlike takistuste vastasmõju tagajärg, mis takistab nende isikute täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel. Puuetega inimeste mõiste hõlmab isikuid,

kellel on pikaajaline füüsiline, vaimne, intellektuaalne või meeleline kahjustus, mis võib koostoimel erinevate takistustega tõkestada nende täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel.

Puuetega inimeste huvide kaitsmist tuleb mõista selle laias tähenduses – konventsioonis käsitletakse puuet kui faktilist seisundit ning seeläbi hõlmab konventsioon lisaks ametlikult tuvastatud puudega inimestele ka neid, kellel esineb tervisest tingitud igapäevategevuste piiratus, kuid kellel puuet ametlikult tuvastatud ei ole. Seega on puue puuetega inimeste õiguste konventsiooni tähenduses laiem kui näiteks Eestis kehtivas sotsiaalhoolekandeseaduses kasutatav puudemõiste (Praxis, 2013).

Puuet on raske määratleda ja mõõta, kuna see on seotud paljude eluvaldkondadega ning hõlmab inimese ja teda ümbritseva keskkonna vastastikust mõju (Maailma Terviseorganisatsioon, 2010).

WHO (2013) soovib kasutada rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise (RFK) klassifikatsiooni, et käsitleda puuet või funktsioonide häireid mitte ainult bioloogilisest ega sotsiaalsest aspektist vaid nende vastastikusest mõjust tervisliku seisundi, keskkonna tingimustest ja isikuomadustest. Puue võib tekkida erinevate aspektide koosmõjul. Nendeks on organismi funktsiooni või struktuuri langus; tegevus- või liikumispiirangud ja ühiskonnaelus osalemise piirangud.

Narusson ja Medar (2014) kirjeldavad puuet kompleksse, dünaamilise, multidimensionaalse ja vaieldava nähtusena, s.t puue on terviseolukorra ning personaalsete ja keskkonnategurite dünaamilise interaktsiooni tulem. Puuet kasutatakse üldterminina tervisekahjustuste ning tegevus- ja osalusvõime piirangute kohta ning see viitab inimese individuaalsete ehk terviseolukorra tegurite ja inimese kontekstuaalsete ehk keskkonna- ja personaalsete tegurite interaktsioonile (World ... 2011).

1.3. Puude käsitlelused

Puude käsitlemise peamised mudelid on esitatud kokkuvõtlikult tabelis 1. Puude meditsiiniline mudel vaatab puuet kui indiviidi probleemi, mida põhjustab otseselt kas haigus, trauma või mõni muu terviseolukord, mis nõuab asjatundjatelt individuaalset ravi. Meditsiinilise sekkumise eesmärk on indiviidi hooldamine või tema kohanemine ja käitumise muutumine.

Tabel 1. Puude käsitlemise mudel (Narusson ja Medar, 2014)

	Individuaalne		Sotsiaalne	
	Meditsiiniline individuaalne mudel	Funktsionalistlik individuaalne mudel	Sotsiaalne keskkonnast lähtuv mudel	Kodanikuõigustest lähtuv sotsiaalne mudel
Peamine põhjustaja	terviseolukord	terviseolukord	sotsiaalse ja füüsilise keskkonna piirangud	inimõiguste mitteametamine
Sekkumine	ärahooldamine ja ravi	rahaline kompensatsioon	kohandatud keskkond	ühiskonna reformimine

Puude meditsiiniline ehk individuaalne mudel on pikka aega olnud väga jõuline ja seetõttu aastakümnete vältel mõjutanud teenuste korraldust. Selle mudeli kohaselt on puue tingitud füüsilisest, sensoorsest või intellektuaalsest kahjustusest, mistõttu see on osa haigusest. Seega on puuet peetud meditsiinilise mudeli valguses inimese personaalseks mureks (French ja Swain 2011). Professionaalne sekkumine selles mudelis põhineb ideel, et probleeme tuleb lahendada indiviidi enda pingutuste kaudu. Eesmärk on kohendada inimene puudest tingitud olukorraga. Sotsiaalse, suhtumusliku ja füüsilise keskkonna mõjutegureid alahinnatakse. Funktsionalistliku perspektiivi arendus rõhutab inimese võimet funktsioneerida ootuspärastes sotsiaalsetes rollides. Funktsionalistliku perspektiivi sekkumiste peamine fookus on inimesel ja tema muutmisel (Narusson ja Medar, 2014).

Puuetega inimestel on sageli probleeme, mis tulenevad terviseolukorrast. Vajalik on tasakaalustatud ja terviklik lähenemine, et hinnata puudest tingitud aspekte. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK), ingliskeelne lühend ICF, raamistik võimaldab mõista puuet ja puude dünaamikat vastastikusel mõjus tervisliku seisundi ja inimese personaalsete ning keskkonnategurite kaudu. Seega on tegemist biopsühhosotsiaalse lähenemisega, mis tähendab kompromissi meditsiinilise ja sotsiaalse mudeli vahel (World., 2011).

Biopsühhosotsiaalse lähenemise kohaselt on tervise ja haiguse täielikuks mõistmiseks vajalik hinnata lisaks meditsiinilistele ja bioloogilistele faktoritele ka sensoorseid, emotsionaalseid, vaimseid, käitumuslike, füüsilise ja sotsiaalse keskkonna faktoreid. Biopsühhosotsiaalses käsitluses rõhutatakse, et inimeste ühiskonnaelus osalemise ja isikliku sõltumatuse suurendamisel rehabilitatsioonimeetmete kaudu on oluline arvestada inimeste optimaalse kehalise ja vaimse tervise saavutamist ja sotsiaalse-, perekonna-, kooli- ja tööelu integreerimist ning keskkonnatingimuste arendamist (Hanga, 2015).

PITRA Tarkuseraamat (2006) juhib tähelepanu, et rehabilitatsioonile peab eelnema psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, mille eesmärk on pärast traumat ja vaimset, psüühilist, füüsilist või sotsiaalset tervisekahjustust tegeleda inimese psüühilise tasakaalu taastamisega, motivatsiooni leidmisega ja enesega töötamiseks soovi tekitamisega, enesehinnangu juhtimisega ja rehabiliteerimise eesmärgi leidmisega ning eneseusu taastamisega valmistumaks eesmärgistatud rehabiliteerimisse sisenemiseks. Psühhosotsiaalses rehabilitatsioonis osaleb klient ja väga sageli ka tema pereliikmed.

Narusson ja Medar (2014) on toonud välja, et puudega inimeste liikumine ja iseseisva elu ideoloogia rõhutavad, et puudega inimesed peavad tundma end ühiskonnas eelkõige kodanikena, kellel on tagatud samasugune ligipääs peavoolu elamistingimustele ning tervishoiule, haridusele ja tööturule. Samuti peab puudega inimestel olema õigus kontrollida oma elu nii suures ulatuses kui võimalik ja nad ei peaks end tundma teenuse saajate rollis ja sõltuvuses olevatena (Beresford 2010).

Rahvusvahelise kokkuleppe alusel kasutatakse puude ja teiste sellele kaasuvate mõistete käsitlemisel alusdokumendina WHO koostatud rahvusvahelist funktsioneerimisvõime,

vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (edaspidi RFK). RFK on universaalne, kuna katab kõiki inimese funktsioneerimise aspekte, käsitleb puuet pigem kui kontiinumit ega kategoriseeri inimesi puuderühma järgi (Narusson, Medar 2014).

Puuetega inimestele on üheks suuremaks võtmeteemaks pereliikmetest sõltumatuse saavutamine ja autonoomsuse suurendamine oma igapäevaelu korralduses. See puudutab nii puuetega inimeste igapäevaelu korralduslike tegevusi kui elukoha küsimusi. Suur osa puuetega inimestele ja nende pereliikmetele on probleemiks täisealisele puudega inimesele sobiva elukoha leidmine ja vajalik kõrvalabi igapäevaelu toimingutes. Sotsiaalsüsteemis teenuseid kasutades on inimesed tundnud, et süsteem ei paku neile neid teenuseid, mida nad vajavad (Narusson, 2015).

1.3.1. Puuetega inimeste kaasatus ja osalus

Tambaum jt (2014) on kirjutanud, et tihti räägitakse tegevus- või osalusvõime piiranguga inimeste olukorra kirjeldamisel osalusest ja kaasatusest, kasutades neid mõisteid sünonüümidenä. Siinkohal tuleb tähelepanu pöörata asjaolule, et inimese osalemine ühiskonna või kogukonna sotsiaalsetes tegevustes ei taga tingimata inimese kaasatust. Osalus tähendab inimese aktiivset või vähem aktiivset osalemist mitmesugustes igapäevastes tegevustes ja sotsiaalses elus ehk siis kohalolu. Osaluspiiranguga on tegemist juhul, kui inimene ei saa tegevuses osaleda teistega võrdselt ega ole kaasatud otsustusse, et ise tegevust algatada või selle kulgu mõjutada. Sotsiaalne kaasatus tähendab, et ühiskond või kogukond käsitleb iga isikut kogukonna võrdse liikmena, väärtustades tema olemasolu ja võimeid (Wilken, 2010).

Simplican jt (2015) on toonud välja, et puuetega inimestele endile, tema perele, teenuseosutajatele ja poliitiliste otsuste tegijatele on oluline olla sotsiaalselt kaasatud. Sotsiaalse kaasatuse all mõistetakse kui interaktsiooni kahe suure eluvaldkonna vahel, milleks on inimestevahelised suhted ja kogukonnaelus osalemine. Sotsiaalne kaasatus on oluline element puuetega inimeste heaolus ja ÜRO Puuetega Inimeste Konventsioonis (Quinn & Doyle, 2012). Üsna palju puudega inimesi on isolatsioonis ja nende sotsiaalsesse

võrgustikku võivad kuuluda vaid pereliikmed ja/või teenuse osutajad. Sotsiaalne kaasatus võib erineda ühiskondades ka selle ulatuse, korralduse ja põhjalikkuse poolest. Näiteks sotsiaalse kaasatuse ulatus võib olla piiritletud (puudega inimese perekond) ja piirideta (suhted inimestega tööhõives, olemas on ametlik ja mitteametlik toetus). Sotsiaalse kaasatuse olemasolu korral ühiskonnas võib puudega inimestel olla võimalus suhelda oma sõpradega, kuid oluline tingimus on siinjuures ligipääsetavuse korraldus. Puudega inimese eluga rahulolu ja sotsiaalsete rollide omamine võimaldab tunda end sotsiaalselt kaasatuna. Iseseisev elu ja sotsiaalne kaasatus on omavahel seotud, võimaldades seeläbi sotsiaalset suhtlust, ühendustes osalemist ja ühtekuuluvustunnet.

Hollander ja Wilken (2015) selgitavad, et puuetega inimestel on tavalised soovid, nagu kõikidel teistel inimestel. Nad tahavad olla terved, seda et neil oleks hea elukoht, tore partner, meeldivalt sisustatud vaba aeg jne. Nendes soovides kumab läbi vajadus osaleda ühiskonnas nii, nagu kõik teised. Sotsiaalsed suhted hõlmavad kogu teiste inimestega suhtlemise valdkonda. Sageli annab elule mõtte see, kui sa oma sotsiaalsetes suhetes teiste jaoks midagi tähendad. Sotsiaalselt väärtustatud rollide täitmine on seotud osalusega. Seega osalemine tähendab võimalust täita oma elus tavalisi, soovitud rolle.

1.4. Ülevaade rehabilitatsioonist

Juba 1941. aastal (Jefferson) on kirjeldatud rehabilitatsiooni planeeritud tegevuste kogumina, kus kasutatakse erinevaid meetmeid, et taastada või parandada inimese tervist ja heaolu, kui ta on vigastatud või haigestunud. Tema idees on mitmeid olulisi aspekte, mis on kaasaegse rehabilitatsiooni käsitluses kasutusel. Rehabilitatsioon on kompleksne protsess, mis nõuab kõrget professionaalsust ja terviklikku käsitlust inimesest. Rehabilitatsioonis ei keskenduta üksnes inimese terviseolukorra tähelepanu keskmesse võtmisega, vaid pööratakse tähelepanu inimese funktsioneerimisele tervikuna, see tähendab tegutsemisele, osalusele, personaalsetele faktoritele ja keskkonnateguritele. Et rehabilitatsioonis oma eesmärgi saavutada on inimese jaoks väga oluline pere ja lähedaste toetus ning inimese enda võimed (Dean, Siegert & Taylor, 2012: 17-19).

Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamise (PITRA II) lõppraport kirjeldab, et ühiskonnas on rehabilitatsiooni kohta kasutusel mitmeid mõisteid ja lähenemisi. Sõna rehabilitatsioon tuleneb ladina keelest, tähendades millegi heastamist ja taas tunnustamist. Rehabilitatsioon on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist.

Rahvusvaheline rehabilitatsiooni ensüklopeedia (*International Encyclopedia of Rehabilitation*) internetilehel on Blouin ja Echeverri (2010) rehabilitatsiooni mõistet tänapäeval määratlenud kui isiku hindamise käigus kavandatud sekkumiste protsessi, et isiku puue ei oleks takistuseks ühiskonnaelus osalemisel. Rehabilitatsiooni eesmärgiks on inimese sotsiaalse osaluse saavutamine või taastamine sotsiaalses elus.

Rehabilitatsiooni üldmõiste on väga lai, see võib hõlmata erinevaid meetmeid ning olla vajalik mitmetele haavatavatele sihtgruppidele ühiskonnas (puudega lapsed ja täisealised, krooniliste haigustega inimesed, sõltuvusprobleemiga inimesed, õigusrikkujad jne). Rehabilitatsiooni üldine eesmärk on inimese toetamine võimalikult suure iseseisvuse, sõltumatuse ja sotsiaalselt väärtustatud rollide saavutamisel, funktsioneerimise parandamisel ja rahulolu suurendamisel oma keskkonnas, et inimene saaks olla võimalikult aktiivne ühiskonna liige (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2013: 34).

Dean, Siegert & Taylor (2012) on rehabilitatsiooni nimetanud muutuste protsessiks, milles koordineeritud ja spetsiaalsete tegevuste kaudu, koostöös isikuga, leitakse tema jaoks väärtustatud roll(-id) töötamise, elamise, õppimise ja sotsialiseerumise (suhete) valdkondades selliselt, et isik tuleks toime vähima võimaliku kõrvalabiga ning suureneks tema autonoomia kogukonnas ja ühiskonnas just nendes igapäevaelu aspektides, mis on olulised isikule endale ja tema lähedastele (Narusson, 2016).

PITRA tarkuseraamatus (2006) on öeldud, et rehabilitatsioon on kindla alguse ja lõpuga protsess, mille tunnusteks on:

- kliendi motivatsiooni olemasolu, soov muuta ennast ja ise selles protsessis aktiivselt osaleda;
- selgelt väljendatud eesmärk, mida soovitakse rehabilitatsiooniga saavutada;

- tegevusvõime ja toimetuleku hindamine füüsilisest, psüühilisest ja sotsiaalsest aspektist protsessi alguses, selle käigus ja selle lõppedes;
- professionaalselt koostatud tegevuskava;
- tegevuskava elluviimiseks moodustatud toimiv võrgustik;
- toimiv tugisüsteem;
- kõigi osapoolte aktiivne osalemine tegevuskava elluviimises;
- mõõdetav tulemus.

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse (2015) uuringus on rehabilitatsiooni kirjeldatud tegevusena inimese oskuste, võimete ning tugisüsteemide arendamiseks ning, mille eesmärk on inimese toimetuleku suurendamine ja kõrvalise abi ja toetuse vähendamine ehk rehabilitatsioon on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese sotsiaalse osaluse suurendamine ühiskonnas. Rehabilitatsioon ja muutuste saavutamine on pikaajaline protsess, milles olulisel kohal on rehabiliteeritava enda tahe ja motivatsioon.

Programmi „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2007-2009 lõppraportis (2009) on öeldud, et rehabilitatsiooniprotsessis on senine rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel. Vajadus on aga kvaliteetsete ja tulemuslike sekkumiste järele. Rehabilitatsiooniteenus on kompleksne protsess, milles on vaja planeerida isiku eesmärkidest ja vajadustest lähtuvaid erinevaid rehabiliteerivaid ja arendavaid tegevusi. Oluline on leida isiku east ja puudest lähtuv, metoodiliselt koostatud ja läbimõeldud tegevuste terviklik pakett, mis on suunatud isiku rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele.

1.5. Rehabilitatsioon Eestis enne 2016.aastat

Üks esimesi dokumente, mis Eestis toob sisse rehabilitatsiooni mõiste, on puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid (1995). Rehabilitatsiooni kirjeldati protsessina, mille eesmärgiks on saavutada võimalikult iseseisev funktsioneerimise tase füüsiliselt, meeleliselt, psüühiliselt, sotsiaalselt ja intellektuaalselt. Rehabilitatsioon sisaldab

funktsioonide arendamise ja taastumise kompenseerimise meetmeid. Rehabilitatsiooni üldmõiste sisaldas taastusravi, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast rehabilitatsiooni.

Enne 2016. aasta 1.jaanuari osutati rehabilitatsiooniteenust ainult rehabilitatsiooniplaani olemasolul. Rehabilitatsiooniteenust said taotleda kõik puudega inimesed, lastest eakateni. Lisaks said rehabilitatsiooniteenust taotleda psüühilise erivajadusega inimesed, kellel oli tuvastatud töövõimekaotus vähemalt 40%. Rehabilitatsiooniplaani alusel osutati inimestele teenuseid ja neid juhendati rehabilitatsiooniprotsessis.

Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad mitmed eriala spetsialistid, kelleks on sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed, eripedagoog, arst või õde. Rehabilitatsioonimeeskonna ülesandeks oli hinnata inimese vajadusi ja selgitada välja igapäevaelus esinevad takistused. Hindamise tulemusel koostati meeskonnatööna rehabilitatsiooniplaan, mis koosnes spetsialistide hinnangust, soovitustest ning tegevuskavast. Rehabilitatsiooniplaani alusel sai inimene taotleda rehabilitatsiooniteenuseid. Rehabilitatsiooniplaani tegevuskavasse lisati ka inimesele vajalikud muud teenused ja abimeetmed, nt taastusravi, sotsiaalteenuste, erihoolekandeteenuste või abivahendi vajadus. Rehabilitatsiooniplaan kehtis täisealistele 6 kuust kuni 5 aastani (lastel 3 aastat). Rehabilitatsiooniteenust saavad pakkuda asutused, kes on registreeritud majandustegevuse registris rehabilitatsiooniteenuse osutajana ning, kellega on Sotsiaalkindlustusamet sõlminud halduslepingu.

1.5.1. Muutuste kavandamine rehabilitatsioonis

PITRA tarkuseraamat (2006) kirjeldab, et rehabilitatsioonisüsteemi arenedes ilmnes õige pea, et selliselt tegutsedes ei jätku ressursse kõigi puuetega inimeste ootuste täitmiseks, ei ole nii palju raha ega inimesi, kes suudaksid kõik loodetu ellu viia. Rehabilitatsiooni järgi nõudlus kasvas, sest ühiskond võttis omaks teadmise, et rehabilitatsiooniplaan on see „võluvits“, mis tagab inimesele rahalise toetuse, ravi, abivahendid, hoolduse, kodu kohandamise jne. Suur hulk kroonilisi haigusi põdevad inimesed või kõrgest east tingitud terviseprobleemidega inimesed jäid ilma võimalusest saada leevendust oma vaegustele ja viibida rehabilitatsiooni raames sanatooriumis. Rehabilitatsiooniteenuse pakkujaid tuli päev

päevalt juurde, et osutada rehabilitatsiooniteenust varem kehtinud sotsiaalhoolekande seaduse alusel.

Sotsiaalhoolekande seaduse, tööturuteenuste ja -toetuste seaduse ning teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (edaspidi *SHS-TTTS eelnõu*) seletuskiri (2014) toob välja seni toimunud rehabilitatsioonisüsteemis esinenud järgmised probleemid:

- 1) teenust saama on õigustatud kõik puudega inimesed, kuid paljud puudega inimesed ei vaja kompleksseid teenuseid, vajalik on välja selgitada vajaduspõhised teenuse saajad;
- 2) rehabilitatsiooniteenust saavad inimesed alles, siis kui neile on määratud puue;
- 3) rehabilitatsiooniplaanide koostamine on justkui eraldi eesmärk, soodustades enam rehabilitatsiooniplaanide kirjutamist;
- 4) rehabilitatsiooniplaani olemasolul osutatakse vaid üksikteenuseid;
- 5) teenuse osutamise kvaliteet ja tingimused on piirkonniti erinevad.

Eelpool nimetatud eelnõu seletuskirja kohaselt muutub uue süsteemiga rehabilitatsiooniteenuse osutamine vajadusepõhisemaks ja täpsemini sihitatuks. Teenuse vajadust hinnatakse ja teenus hüvitatakse ainult põhjendatud vajaduse olemasolul. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse hüvitamist on inimesel õigus saada juhul, kui teenus on vajalik järgnevate eesmärkide saavutamiseks: iseseisev elamine, hariduse omandamine, ühiskonnas osalemine või töövõime tugevdamine ka juhul, kui isikul on tuvastatud töövõime puudumine. Kui kirjeldatud eesmärkide saavutamiseks teenuse osutamise vajadus puudub, siis isik õigust rehabilitatsiooniteenuse hüvitamiseks ei saa.

Käesolevast aastast kehtivate muudatustega rõhutatakse, et teenuse osutamine peab toimuma individuaalsel juhtumikorralduslikul põhimõttel ja inimesel peab olema valikuvõimalus. Muudatused rehabilitatsiooni teenuste osutamisel hõlmavad ka teenuse korralduslikku külge. Isiku rehabilitatsioonivajaduse selgitab välja, kas Töötukassa või Sotsiaalkindlustusamet, lähtudes sihtrühmast. Kui isik vajab rehabilitatsiooni ning on suunatud teenust saama, valib ta oma vajadusele vastava teenuse osutaja ise. Kui inimene osaleb aktiivselt tööturul, on tal õigus saada rehabilitatsiooniteenust tööturuteenuste ja -toetuste seaduse alusel. Kui inimene ei soovi olla tööturul aktiivne, siis ei ole tal tööalase rehabilitatsiooni õigust, aga talle jääb õigus igapäevaeluga toimetulekut soodustava sotsiaalse rehabilitatsiooniteenusele sotsiaalhoolekande seaduse alusel.

Sotsiaalkindlustusamet ja Töötukassa võtavad inimeselt üle talle osutatud teenuse eest tasu maksmise kohustuse, kuid ei osale ise aktiivselt teenuse korraldamises või osutamises. Teenuse kvaliteedi tagamiseks on teenuse osutajatele kehtestatud tegevusloa nõue.

Sotsiaalhoolekande seaduse, tööturuteenuste ja –toetuste seaduse ning teiste seaduste muutmise seaduse seletuskirja (2014) kohaselt hinnatakse sotsiaalse rehabilitatsiooni käigus inimese teenusevajadust ja hetkeolukorda, koostöös juhtumikorraldajaga seatakse inimese enda eesmärgid, mida soovitakse saavutada, liigutakse erinevate erialade spetsialistide abil seatud eesmärkide poole ja hinnatakse koos kliendiga teenuse lõppedes, kas eesmärgid said saavutatud. Teenuse saamise periood ei ole piiratud, kuid korraga saab Sotsiaalkindlustusamet võtta tasu maksmise kohustuse inimest eest üle kuni kaheks aastaks. Vajadusel saab kahe aasta möödudes teenust jätkata. Teenus on mõeldud eelkõige inimestele, kellel esineb korraga mitmeid erinevaid erivajaduse või puudega seotud probleeme, mis takistavad inimesel elamast iseseisvalt ja inimese enda poolt valitud viisil, nt on inimese jaoks keeruline saada iseseisvalt hakkama kodus liikumisel, toidu valmistamisel, riietumisel, suhtluses teiste inimestega, tänaval orienteerumisel aga samuti näiteks trauma või haiguse järgselt emotsionaalselt uue olukorraga toimetulekul.

Alates 1.jaanuarist 2016 muudeti oluliselt riiklikku rehabilitatsiooniteenuse korraldust. Rehabilitatsioon Eestis on jaotatud järgmisteks alaliikideks:

- 1) sotsiaalne rehabilitatsioon- teenuseid saab taotleda Sotsiaalkindlustusametist;
- 2) tööalane rehabilitatsioon - Töötukassa poolt osutatavad teenused;
- 3) meditsiiniline rehabilitatsioon ehk taastusravi - teenuseid saab taotleda tervishoiusüsteemist.

1.6. Sotsiaalne rehabilitatsioon

Sotsiaalhoolekande seadus (RT I, 30.12.2015, 5) nimetab rehabilitatsiooniteenust sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmiseks. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus toetab inimest puudega kohanemisel, uute toimetulekuoskuste õppimisel, psühholoogilise tasakaalu saavutamisel ja sobiva abivahendi valikul. Teenust korraldab Sotsiaalkindlustusamet ning teenust rahastab riik. Teenuse peamine eesmärk on

toetada inimese iseseisvat toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus – et inimene saaks võimalikult hästi hakkama, saaks teha neid tegevusi, mis on vajalikud, jõukohased ja meeldivad ning, et inimene oleks eluga rahul.

Sotsiaalhoolekande seaduse, tööturuteenuste ja -toetuste seaduse ning teiste seaduste muutmise seaduse eelnõus (2014) rõhutatakse, et vajalik on toetada tööealiste inimeste tööhõives püsimist, ennetada tööturult eemalejäämist ja püsiva töövõimekaotuse tekkimist, pakkudes tervisekahjustusega inimestele kompleksset abi tööturul osalemiseks, arvestades iga inimese individuaalseid vajadusi ja barjääre. Rehabilitatsioon on protsess ja rehabilitatsioonivajaduse hindamine on selle protsessi üks lahutamatu osa. Rehabilitatsioonivajaduse hindamist ei saa käsitleda rehabilitatsiooni tervikprotsessist eraldiseisva tegevusena ning hindamisele peab järgnema isiku vajadustele vastavate meetmetega seostamine. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenus on personaalne, tugineb isiku reaalsele olukorra ja vajaduste hindamisele; loob eelduse rehabilitatsiooniks eraldatud vahendite ressursisäästlikuks ja tulemuslikuks kasutamiseks.

Anthony, Farkas (2009) on öelnud, et sotsiaalne rehabilitatsioon on sotsiaalteenus, mille eesmärk on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamine neljas eluvaldkonnas. Nendeks eluvaldkondadeks on elamine, õppimine, töötamine, sotsiaalne funktsioneerimine ning lisaks inimese tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine. Selleks, et tegevus- ja osalusvõime piirangutega inimene saaks siseneda tööturule ning teha tööd, on vaja eelnevalt tegeleda tervises seisundi stabiliseerimisega ja parandamisega, seejärel arendada inimese võimalikult iseseisvat toimetulekut (ehk tegevusvõimet), et inimene tuleks võimalikult hästi ise toime, vähendada pereliikmete hoolduskoormust, tegeleda psühholoogilise toetuse pakkumisega, arendada toimetulekut koduses ja lähimas keskkonnas väljaspool elukohta

Sotsiaalhoolekandeseaduse (RT I, 30.12.2015, 5) järgi on sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamisel olulised järgmised tunnused:

- eesmärgid, mille esinemisel on õigustatud sotsiaalse rehabilitatsiooni osutamine;
- toimetulekuvõime;
- tegevusvõime;
- osalusvõime.

Sotsiaalhoolekande seadus sätestab sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamise eesmärgi ja sisu. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on teenuse vajaduse kindlaks määramisel koostatud tegevuskava, rehabilitatsiooniplaani või rehabilitatsiooniprogrammi alusel osutatavate rehabiliteerivate teenuste kogum. Sotsiaalsele rehabilitatsioonile on isik õigustatud kui hindamise käigus selgub vähemalt üks järgmistest eesmärkidest:

- 1) igapäevaelu valdkonnas suurendada motivatsiooni ja valmisolekut jõukohaseks osalemiseks kogukonna tegevustes, arendada kognitiivseid ja füüsilisi võimeid ning õpetada ja arendada igapäevaelu oskusi, mille tulemusena inimene elab võimalikult iseseisvalt;
- 2) õppimise valdkonnas pakkuda õppeprotsessis vajalikku tuge, mille tulemusel inimene omandab võimetekohase hariduse või täiendavad tööks vajalikud oskused;
- 3) suhtlemise ja vaba aja valdkonnas suurendada eneseteadvust, arendada eneseregulatsiooni, suhtlemis- ja koostööoskusi, mille tulemusel inimene osaleb võimetekohaselt ühiskonnaelus;
- 4) töövõime eelduste arendamise valdkonnas arendada isiku valmisolekut võimetekohasele tööle asumiseks.

2016. aastal jõustunud sotsiaalhoolekande seadus näeb ette, et täisealine puudega isik suunatakse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele juhul, kui Sotsiaalkindlustusamet on tuvastanud teenuse vajaduse. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine Sotsiaalkindlustusametis toimub vestluse vormis. Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja selgitab koostöös inimesega välja, millised on tema terviseolukorrast tingitud raskused peamistes eluvaldkondades. Koos otsustatakse, kas inimesele on vajalik sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus või muud toetavad teenused (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, 2015).

Sotsiaalne rehabilitatsioon on mõeldud kõigile puudega inimestele ja osalise või puuduva töövõimega inimestele, kes vajavad igapäevaelus abi puudest või erivajadusest tulenevate piirangutega toimetulekuks. Rehabilitatsiooni eesmärgiks on õpetada ja arendada inimese igapäevaelu oskusi, suurendada tema võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja arendada eeldusi töövõime teatud tasemel omandamiseks või taastamiseks.

Sotsiaalsed rehabilitatsioonid Sotsiaalkindlustusametist saavad taotleda alla 16-aastased lapsed, vanaduspensioniealised isikud ja need tööealised isikud, kes ei tööta, ei õpi ega ole töötuna arvele võetud. Tööstalast rehabilitatsioonid Töötukassa kaudu võivad saada tööealised inimesed, kes on tööturul aktiivsed – töötavad, õpivad või on töötuna arvele võetud. Meditsiinilist rehabilitatsioonid on võimalik inimestel taotleda perearsti kaudu.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste loetelu ja maksimaalne hind aastas ning sõidu- ja majutuskulude kompenseerimise ulatus on sotsiaalkaitseministri määrusega nr 66 vastu võetud 29.12.2015 (RT I, 29.12.2015,33). Määruse kohaselt kuulub sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste nimekirja järgmised teenused: rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine; rehabilitatsiooniprotsessis osalemine ja võrgustikutöö; rehabilitatsiooni tulemuste hindamine; füsioterapeudi, tegevusterapeudi, sotsiaaltöötaja, eripedagoogi, logopeedi, psühholoogi, loovterapeudi, arsti ja õe teenus ning kogemusnõustamine.

Juhtumikorraldaja ametikoha eesmärk on rehabilitatsiooni- ja erihooletandeteenuse vajaduse väljaselgitamine koostöös kliendiga (otsene klienditöö); kaalutlusotsusele jõudmine, otsuse selgitamine kliendile, otsuse koostamine; kliendi nõustamine ja juhendamine, seostamine rehabilitatsiooni-, erihooletandeteenuse ja/või muude sotsiaalkaitsemeetmetega; pikaajalisele kaitstud töö teenusele suunamine. Kokku töötab käesoleva aasta algusest Sotsiaalkindlustusametis 25 juhtumikorraldajat.

1.7. Hindamine rehabilitatsioonis ja Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsioon (RFK)

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO, 2010) on loonud rahvusvahelise klassifikatsiooni funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise kohta (RFK). WHODAS 2.0 on kontseptuaalne raamistik RFK põhjal ja võimaldab inimest hinnata 6 suures eluvaldkonnas:

- 1) tunnetus (kognitiivsed võimed) – suhtlemine, mõistmine;
- 2) liikumine – siirdumine, kõndimine, seismine;
- 3) enese eest hoolitsemine – pesemine, söömine, riietumine;
- 4) suhtlemine kaasinimestega – sotsiaalsed rollid;

- 5) kodused toimingud – toidu valmistamine, koristamine, poes käimine jms.;
- 6) ühiskonnaelus osalemine – vabaaja sisustamine, võimalus osalemiseks.

Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamise küsimustik (WHODAS 2.0) on üldine hindamisvahend, mille WHO töötas välja selleks, et kõikides kultuurides saaks tervist ja puudeid mõõta standardse meetodiga. Kava töötati välja Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni kõikehaaravate punktide alusel, mis on piisavalt usaldusväärsed ning võimaldavad mõõta konkreetse sekkumise tagajärjel toimunud muutust. Seda võimaldab ühe ja sama inimese hindamine enne ja pärast sekkumist (WHO, 2010).

WHODAS 2.0 (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, ehk puude hindamise küsimustik) töötati Maailma Terviseorganisatsioon poolt välja 2001. aastal põhjaliku uurimisprojekti raames, kuhu kuulusid 19 erineva kultuuritaustaga riiki. Maailma Terviseorganisatsioon rõhutab, et WHODAS 2.0 võimaldab hinnata:

- 1) puuetega inimeste funktsioneerimisvõimet ning terviseolukorrast tingitud tegevus- ja osalusvõime piiranguid, samuti teenuste vajadust;
- 2) üldpopulatsiooni – sobib kõigi inimeste tervise, tegevus- ja osalusvõime hindamiseks (olenemata puude olemasolust või puudumisest);
- 3) üldist somaatilist tervises seisundit, vaimseid ja neuroloogilisi tervises seisundeid – sobib kasutamiseks kõigi tervise olukordadega seotud tegevus- ja osalusvõime piirangute hindamiseks;
- 4) on kultuuride ülene – sobib inimese tegevus- ja osalusvõime hindamiseks erinevates riikides ning kultuurides (Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskus, 2015).

Hanga (2013) kirjeldab rehabilitatsioonivajaduse hindamise kokkuvõttes ühe eksperdina, et rehabilitatsioonivajaduse hindamise vahendi arendamisel on alates 2010. aastast lähtutud põhimõttest, et hindamisvahend tugineks Rahvusvahelisele Funktsioneerimisvõime Klassifikatsioonile (edaspidi RFK, biopsühhosotsiaalne käsitlus), tõenduspõhisele lähenemisele puudega inimeste vajaduste hindamisel (valideeritud, standardiseeritud hindamisvahend), sobituks Eesti oludele ja sobiks rehabilitatsiooniteenuse vajaduse väljaselgitamiseks. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine on aluseks, et esiteks – selgitada välja isiku toimetulekutase ja teenuste vajadus (kas rehabilitatsiooniteenus, toetavad sotsiaalteenused isiku elukohas. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise vahend töötati välja

2010.aastal ja WHODAS 2.0 küsimustikku on kuni käesoleva aastani pidevalt täiendatud ning teostatud on ka pilootuuringud küsimustiku toimise kohta.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise kokkuvõttest 2015 selgub, et rehabilitatsioonivajaduse hindamise otsesteks tegevusteks on isiku vajaduste hindamine, kaalutusotsuse tegemine ja isiku seostamine meetmetega. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses toimunud rehabilitatsiooniteenuse alase arendusprojekti “Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine” raames on välja töötatud soovituslik RFK-l põhinev rehabilitatsioonivajaduse hindamise vahend (Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt väljatöötatud puude hindamise küsimustikku, WHO Disability Assessment Schedule 2.0) kus, kirjeldatud on rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse protsess ning arvatud välja teenuse maksumus. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrument sisaldab nii inimese taustandmeid, informatsiooni hariduse ja senise tegevuse kohta tööhõives, peamisi abistajaid, senini osutatud abimeetmeid ning isiku ja spetsialisti koostöös rehabilitatsioonile seatavaid esmaseid eesmärke rehabilitatsioonis.

Üheks osaks rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrumendist on nimetatud WHO DAS 2.0 küsimustik, mida võib vaadelda ühena võimalikest standardiseeritud küsimustikest, et selgitada välja isiku toimetulekuraskuseid erinevates eluvaldkondades. Sarnaseid standardiseeritud hindamisvahendeid on vajalik Eesti oludele kohandada ka edaspidi, arvestades näiteks puudespetsiifilisi aspekte (nt nägemispuue, intellektipuue, psüühikahäire vm).

RFK käsiraamatu järgi (2005) on põhieesmärgiks anda ühtne standardkeel ja -raamistik tervise ning tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks. RFK baseerub sotsiaalse ja meditsiinilise käsitusviisi ühendamisele. Et funktsioneerimisvõime eri aspekte ühendada, kasutatakse “biopsühhosotsiaalset” lähenemisviisi. RFK on inimeste funktsioneerimisvõime ja vaeguste klassifikatsioon, mis ei süstematiseeri inimesi, vaid kirjeldab iga isiku situatsiooni laias tervise ja tervisega seotud valdkondades. RFK esitab neid valdkondi inimese seisukohalt lähtudes kahe põhiloeteluna: organismi funktsioonid ehk talitlused ja struktuurid ning isiku tegutsemine ja osalus.

RFK loetleb taustateguritena keskkonnategureid ja personaalseid tegureid, mis mõjutavad inimese toimetulekut. RFK on universaalne mudel, mida on võimalik rakendada kõigile inimestele, hoolimata inimese soost, terviseolukorrast, vanusest. RFK kirjeldab situatsioone, mis on seotud inimkeha funktsioneerimisvõime ja selle piirangutega kujutades endast terviklikku raamistikku selle info süstematiseerimisel.

WHODAS 2.0 põhimõte on hinnata funktsioneerimist ja puudelisust vastavalt RFK põhimõtetele võimalikult kompaktselt ja ühtsetel alustel. WHODAS 2.0 võimaldab hinnata inimese tegevusvõimet käesoleval ajahetkel ning küsimustik võimaldab välja selgitada inimese vajadused ja seostada inimene talle vajalike teenustega (Üstün jt, 2010).

Puude hindamise küsimustikku (WHODAS 2.0) kasutatakse paljudes riikides väga erinevate puuetega või terviseprobleemidega inimeste vajaduste väljaselgitamiseks. Küsimustik aitab juhtumikorraldajal mõista, millised on inimese terviseolukorrast tingitud raskused erinevates eluvaldkondades. Inimese toimetulekut hinnatakse 4 valdkonnas: elamine, õppimine, töötamine ning suhtlemine ja vabaaeg (Sotsiaalministeerium/Sotsiaalkindlustusamet, 2016).

1.8. Probleemi sõnastamine ja uurimuse eesmärk

Alates käesolevast aastast hindavad juhtumikorraldajad rehabilitatsiooniteenuse vajadust 16.aastastel ja vanematel isikutel, kellel puudub kehtiv rehabilitatsiooniplaan. Enne tööle asumist läbisid juhtumikorraldajad põhjaliku täiendkoolituse (117 tundi), mille korraldas Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. Hindamiseks kasutatakse RFK põhist WHODAS 2.0 küsimustikku. Kui hindamise käigus selgub, et inimene vajab kompleksseid rehabilitatsiooniteenuseid, siis juhtumikorraldaja koostöös inimesega sõnastavad rehabilitatsioonis eesmärgi ja kavandavad soovitud teenused. Juhtumikorraldaja koostab sel juhul inimesele tegevuskava, mis on aluseks rehabilitatsiooniteenuste saamiseks.

Varasemalt toiminud rehabilitatsioonisüsteemis oli mitmeid probleeme, näiteks rehabilitatsioonis eesmärgi mittesaavutamine, väga suur taotlejate sihtgrupp, panustamine rehabilitatsiooniplaanide koostamisele, riigieelarve piiratus. Nimetatud asjaolude tõttu on Sotsiaalministeerium juba 2006.aastast korraldanud mitmeid arendusprojekte, et viia läbi

muutused rehabilitatsiooni süsteemis. Igal puudega inimesel oli võimalus taotleda rehabilitatsiooniteenust, mille käigus koostati rehabilitatsioonimeeskonna poolt mahukas rehabilitatsiooniplaan. Kuid paraku mitte alati ei osutatud rehabilitatsiooniteenuseid komplekselt.

Minu uurimustöö eesmärgiks on saada ülevaade inimeste teadlikkusest sotsiaalse rehabilitatsiooni olemuse, teenuste ja rehabilitatsiooni kaudu igapäevaelus muutuste saavutamise valmisoleku kohta. Eesmärk on uurida inimese valmisolekut uuenenud rehabilitatsioonis, mis nõuab neilt igapäevaelu põhjalikumalt muutmist.

Käesoleva aasta I kvartali jooksul olen tööalaselt viinud läbi 50 rehabilitatsioonivajaduse hindamist WHODAS 2.0 küsimustiku abil. Vestlus ühe inimesega võtab aega kuni 2 tundi ja seejärel kuni teine 1-2 tundi küsimustiku vastuste täiendamine ja kaalutlusotsuse tegemine. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korralduses pean probleemiks, et inimesed omavad teenuse sisust ja võimalustest väga vähe teavet või ei oma üldse. Seetõttu on neil raske kavandada oma igapäevaelus muutusi, et saavutada suurem iseseisvus oma argielu toimingutes ja tunda, end kaasatuna ühiskonna täisväärtusliku liikmena. Ebapiisav on rehabilitatsiooni alane teave ka erinevate spetsialistide seas (nt tervishoiutöötajad, sotsiaaltöötajad). Levinud on arusaam, et rehabilitatsiooni kaudu on võimalik saada taastusraviteenuseid (nt vesiravi, massaaž) ja viibida sanatooriumis. Kuna rehabilitatsiooniteenus Eestis selle algusperioodil oli suhteliselt uus riiklik teenus, siis võis inimeste arvamuse kujundamisele kaasa aidata ebapiisav seadusandlus, teenuse põhimõtete edasi arenemine, teenuseosutajate paljususe ja erinev lähenemine rehabilitatsioonile. Rehabilitatsiooniteenuste vajaduse hindamise küsimustikust selgub, et peamisteks teenusteks, mida osutatakse on olnud taastusraviteenused ning enamik inimesi ütleb, et muid "jutustavaid" teenuseid ta ei vaja.

Käesolevast aastast kehtestatud muutustest rehabilitatsioonisüsteemis on väga vähe räägitud. Info on ebapiisav olnud nii kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatele, meditsiini valdkonnas töötavatele inimestele, kui inimestele endile. Sotsiaalkindlustusameti kodulehelt oli alates veebruari lõpus võimalik põhjalikumalt tutvuda teenuse korraldusega. Inimesed taotleavad teenust teadmata, mida tähendab sotsiaalne rehabilitatsioon ning see tekitab olukordi, mil inimesed soovivad, kas teenusest loobuda ja on rahulolematud, nõustuvad küsimustiku täitmisega, kuid lõpuks leiavad, et nõustamisteenuseid nad ei vaja või soovivad siiski uues

sotsiaalses rehabilitatsiooniteenuses osaleda. Minu poolt läbiviidud 50 hindamisintervjuust olen inimesed sotsiaalsele rehabilitatsiooniteenusele siiski suunanud enamuse, vaid üksikutel juhtudel (4) on peale hindamist inimene otsustanud, et ta nõustamisteenuseid siiski ei vaja. Rehabilitatsiooniteenuse taotlejatest kümmekond on leidnud, et nad küsimustiku täitmist ei soovi, kui olen selgitanud sotsiaalse rehabilitatsiooni sisu ja teenuseid.

Sotsiaaltöö ülemaailmne definitsioon toetab rehabilitatsiooniteenuse käsitluses püstitatud eesmärki. Global Definition of Social Work (2016) on defineerinud, et sotsiaaltöö on praktilisel põhinev akadeemiline teadusala, mis aitab kaasa sotsiaalsetele muutustele ja arengule, inimese võimustumisele ja vabanemisele ning edendab sotsiaalset ühtekuuluvust. Rehabilitatsioonis on kesksel kohal inimene oma elukeskkonnas ning teenuse osutamise käigus hinnatakse inimese tugevused ja ressursid, mis toetaksid tema iseseisvat igapäevaeluga toimetulekut ning suurendaks ühiskonnaellu kaasatust.

Antud asjaolude tõttu pean väga oluliseks oma magistritöös viia läbi uurimus sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohta selle algusjärgus. Tegemist on väga suure sotsiaalvaldkonna muudatusega, mille käigus soovitakse toetada inimese võimalikult iseseisvat tegutsemist argielus inimese enda aktiivsel osalusel. Et antud eesmärk saaks sotsiaalses rehabilitatsiooniteenuses saavutatud, peavad inimesed omama piisavat informatsiooni neid puudutavates tegevustes ja otsustes. Rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine on väga ajamahukas nii juhtumikorraldajale, kui ka inimesele endale, kuid väga vajalik tegevus, et selgitada välja inimese olukord igapäevaeluga toimetulekul. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine nõuab juhtumikorraldajalt professionaalset intervjuueerimisoskust, kaalutlusoskust, iseseisvust ja erialast pädevust.

Sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust taotlevad inimesed teadmata, mis on teenuse sisu ja, milliseid teenuseid on võimalik sotsiaalsest rehabilitatsioonist saada. Paljud inimesed soovivad rehabilitatsiooniteenuse kaudu parandada tervisest tulenevaid probleeme ning ei pea vajalikuks saada nõustamist. Inimesed tahavad tegeleda ainult oma terviseprobleemiga ega ole valmis kasutama kompleksset teenust, mille eesmärk on aidata neil mõista muutuste vajalikkust, muuta oma senist igapäevaelu korraldust ja seeläbi parandada oma elukvaliteeti.

Lähtudes uurimisprobleemist olen püstitanud järgmised uurimusküsimused:

1. Kuidas mõistab inimene sotsiaalset rehabilitatsiooni?

2. Millistes eluvaldkondades inimene tunnetab enam raskusi?
3. Millistes eluvaldkondades inimene oma elus muutusi vajalikeks peab?
4. Milliseid teenuseid inimesed rehabilitatsioonist soovivad?

2. MEETOD

2.1. Uurimismeetodi valik

Kasutan oma magistritöös sotsiaalse rehabilitatsiooni teema käsitlemisel osalus tegevusuuringut.

Tegevusuuring on rakendusliku uurimuse viis, mida peamiselt kasutatakse praktiliste probleemide lahendamiseks. Tegevusuuring on ennekõike koostööl põhinev reflektiivne protsess, milles uurija õpib probleemi tundma uuritava vaatenurgast. Tegevus on suunatud probleemi sügavamale mõistmisele, et selgitada välja asjaolud mida tuleks olukorra parandamiseks muuta. Meetod annab võimaluse ületada teoreetilise ja praktilise tegevuse vastandamine, teooria ja praktika on selles meetodis läbi põimunud. (Strömpl, 2006)

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine toimub igapäevatöös kvalitatiivse uurimuse abil. Kõigi isikutega, kes taotlevad sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust viin läbi intervjuu WHODAS 2.0 küsimustiku abil, et selgitada välja isiku tegutsemis- ja osalemispiirangud argieluga toimetulekul. Ühe inimese intervjukeerimisele kulub kuni 2 tundi. Oma uurimistöös lähtusin samadest intervjukeerimise põhimõtetest, mida teostan igapäevases töös. Uurimisküsimustele vastuste saamiseks esitasin lisaküsimusi rehabilitatsioonist teadlikkuse, teenuste vajaduse ja igapäevaelus muutusteks valmisoleku kohta.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamisel esitan inimesele enam küsimusi, kui on WHODAS 2.0 küsimustikus ja sõnastan küsimused ka ümber. Näiteks on WHODAS 2,0 küsimustikus küsimus: „millised on teie harrastused ja huvid“? Sõnastan antud küsimuse inimese jaoks ümber, küsides, nt millega teile igal päeval meeldib väga tegeleda või, mis on need tegevused, millega saate kõige paremini hakkama? Mis teile meeldib alati väga teha? Siinkohal hakkavad inimesed innustunult rääkima oma meelistegevustest ja loetelu üha täieneb. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise käigus püütakse leida inimese jaoks võimalikult parim lahendus, kas rehabilitatsiooniteenuste osutamisega või/ja isiku seostamise teiste teenustega. Inimesega koostöösuhte loomisel püüan olla avatud ja toetav ning abistada vajadusel vastuste sõnastamisel.

Tegevusuuringut määratleb Laherand (2008) kui demokraatlikku osalemisprotsessi, mille eesmärk on luua väärtuslikku praktilist teadmust. Siin püütakse inimestega koostöös ühendada tegevust ja refleksiooni, teooriat ja praktikat ning jõuda muret tekitavate probleemide praktiliste lahendusteni.

Andmete kogumine toimus klientide sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise käigus minu oma igapäevatoos. Intervjueeritavateks olid sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse taotlejad, kellele esitasin hindamise käigus täiendavaid küsimusi, et teada saada inimeste teadlikkusest sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kohta ja muutuste vajaduste kohta tema elus. Koostöös inimesega kaardistasin inimese igapäevaeluga toimetulekuraskused, selgitasin välja terviseolukorra, sõnastasin muutused, mida inimene peab oma elus vajalikeks ja võimalikeks. Eesmärgi seadmine rehabilitatsiooniks on inimese jaoks raske ning sageli tuli juhtumikorraldajal endal leida valdkond, milles inimene soovib edaspidi olla iseseisvam. Üsna sageli soovitakse eesmärgiks seada oma terviseolukorra parendamist või tervistumist. Eesmärgi sõnastasin koostöös inimesega ning püüdsin leida inimese jaoks võimalikult reaalse ja lihtsamini saavutatava tegevuse, näiteks tuleb isik toime 2 aasta pärast abivahendi abil igapäevase liikumisega kuni 300 m.

Intervjuu käigus inimene räägib ka muudest eluvaldkondadest või probleemidest, mis on tema jaoks olulised või rasked. Tihti räägitakse oma lapsepõlve kogemustest, tööst, ühiskonna päevaprobleemidest, meditsiiniteenustest, kohalike omavalitsuse vähesest abist jms. Magistritöös esitatud eesmärgi saavutamiseks kavandasin täiendavad küsimused, millest selguks eelkõige teadlikkus rehabilitatsiooniteenusest, milliseid muutusi on valmis inimene tegema oma igapäevaelus ja milliseid teenuseid enim vajatakse.

Enne rehabilitatsioonivajaduse hindamise läbiviimist kogusin Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemist isikute kohta andmeid, mis on vajalikud WHODAS 2.0 küsimustiku täitmiseks. Seejärel täitsin küsimustiku koos inimesega, et selgitada välja raskused 6 eluvaldkonnas (kognitiivsed võimed, liikumine, enese eest hoolitsemine, igapäevased toimingud ja ühiskonnaelus osalemine). Raskuste ulatust hinnatakse järgmisel skaalal:

1. Ei olnud raskuseid - ei ole probleemi või probleem on tühine
2. Vähesed raskused - kerge probleem
3. Mõõdukad raskused - keskmine, tuntav probleem
4. Tõsised raskused - raske probleem

5. Väga suured raskused või ei suuda teha - täielik, sügav probleem.

Raskuste ulatuse määratlemine on subjektiivne ning hindajana lähtun oma igapäevases töös inimese enda antud hinnangust argieluga toimetulekule. Raskuste ulatuse määratlemine on jäänud enamasti vahemikku vähestest kuni tõsiste raskusteni. Näidete toomine, aitab inimesel paremini probleemi raskust määratleda.

WHODAS 2.0 küsimustiku küsimused tuleb sageli juhtumikorraldajal ümber sõnastada, et vastamine oleks inimese jaoks sobivam. Kui raskused on kaardistatud, saab kavandada inimesega koostöös muutused igapäevastes tegevustes ja need rehabilitatsiooniprotsessis ellu viia, et argieluga toimetulek oleks võimalikult iseseisev.

Baldwin ja Walker (2005) peavad hindamise juures tähtsaks reflekteerivat tööviisi. Hindamine on tsükliline protsess, milles korduvalt vahelduvad reflekteerimisfaas ja aktiivne toimimise faas, kusjuures iga järgmine tsükel kordab osaliselt juba läbi käidut. Hindamist alustatakse reflekteerimisfaasist, mil otsustatakse, kuidas hindamine peaks toimuma ja, milliseid andmeid vajatakse. Seejärel kogutakse mitmekülgne esialgne teave üsna paljudest allikatest. Järgmises reflekteerimisfaasis täpsustatakse fookust ja otsustatakse, millist teavet ja, mis allikatest juurde vajatakse. Taas kogutakse andmeid ja taas vaagitakse nende asjakohasust ja piisavust, püstitatakse teooriaid ja loobutakse neist, jne, kuni valmib kõikidele asjaosalistele vastuvõetav ja edasiviiv sekkumisplaan (Sotsiaalministeerium, 2009).

Soovin uurimuses teada saada, mida inimesed arvavad rehabilitatsioonist, kuivõrd on nad teadlikud rehabilitatsiooni olemusest, kuidas hindavad nad oma igapäevaelu toimetuleku raskusi ja seeläbi, milliseid muutusi nad oma elus vajalikeks peavad. Peale vestlust inimesega, reflekteerin tema poolt öeldut ja täiendan hindamisküsimustikku. Väga oluline on hindajana jääda objektiivseks ja empaatiliseks, et mõista teise inimese elusituatsiooni, vajadusi ja lahendamist vajavaid probleeme ning samas ei tohi tähelepanuta jätta inimese enda ressursse, mis võimaldavad muutusteks valmisolekut.

2.2. Uurimuses osalejad

Andmete kogumiseks teostasin 7 intervjuud, mille viisin läbi rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise käigus. Uurimisküsimustele vastuste saamiseks esitasin küsimustiku täitmise algul ja lõpul lisa küsimusi, mis olid koostatud intervjuukavas. Intervjuud toimusid märtsikuus. Kuna suur hulk inimesi, kes sotsiaalset rehabilitatsiooni taotlevad on vanaduspensioniealised, siis sattusid uuritavateks enamikus eakad. Intervjueeritavad valisin juhuslikult, võttes arvesse oma hetke töökoormust ja võimalusi. Igapäevaselt tuleb mul intervjueerida vähemalt 1-2 inimest, olenevalt taotluste arvust ja teistest tööülesannete hulgast. Uurimuses osalesid neli meest ja kolm naist, kellest kuus olid vanaduspensioniealised.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamisel on väga oluline tunda häid intervjueerimise oskusi, et luua inimesega hea kontakt, väljendada positiivset hoiakut ja empaatiat, kasutada suhtlemisel lihtsat ja selget kõnet, lähtuda suhtlemisel inimesest endast. Intervjueerimine on väga oluline ka seetõttu, et koostada korrektne kokkuvõte hindamisküsimustikust ja tegevuskava, mis on aluseks rehabilitatsiooniteenuse osutajatele.

Intervjuu toimumise aja leppisin kokku telefoni teel, leides inimesele kohtumiseks sobiva aja. Kuna rehabilitatsiooniteenuse hindamisi on väga palju, siis võib kujuneda vestluse läbiviimise ooteajaks kuni 2-3 nädalat. Telefonis vesteldes annan inimesele lühidalt teada, miks on vaja läbi viia rehabilitatsiooni eelhindamine, mis on peamised valdkonnad küsimustikus, kui palju aega vestlusele kulub ja, kus vestlus toimub. Sageli tuli anda esmane informatsioon telefonivestluses, mis on sotsiaalne rehabilitatsioon ja mis teenuseid on sotsiaalsest rehabilitatsioonist võimalik taotleda.

Telefonivestlus kujuneb vahel päris pikaks (10-15 minutit), sest inimestel on kujunenud teadmine, et rehabilitatsioonist on võimalik saada taastusravi teenuseid ja viibida sanatooriumis ning nüüd juhtumikorraldaja teavitab, et neid teenuseid saab inimene taotleda tervishoiu valdkonnast, kuid taastusraviteenused on inimestele tasulised.

Kohtumised intervjuu läbiviimiseks on toimunud üldjuhul Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja ruumis, kuid ei ole väga harvad ka juhud, mil hindamise teostan inimese kodus või hooldekodus või haiglas. Uurimustöö käigus osalenud intervjueeritavatega

kohtusin Sotsiaalkindlustusameti ruumides. Inimese saabudes tutvustasin ennast ja rääkisin intervjuu läbiviimise asjaoludest. Selgitan uuesti, miks toimub käesolevast aastast rehabilitatsioonivajaduse eelhindamine ja, millised on 2016.aastal teostatud muutused rehabilitatsioonisüsteemis.

Pattoni (2002) seisukohalt on muutuste ja uurimise protsess osalistega läbi arutatud, kokku lepitud ja kõik mõistavad seda. See ei ole kohustuslikuks tehtud, peale sunnitud ega ette nähtud. Uurija väljendab austust ja hoolivust inimeste suhtes, keda ta tundma õpib ning, kelle vaateid ja maailma ta uurib, pühendudes sellele isiklikult.

Intervjuude läbiviimise eel küsisin inimeselt esialgu suulist nõusolekut osaleda minu uurimuses. Selgitasin, et vajan oma magistritöö läbiviimiseks vestluse salvestamist, et vastuseid hiljem analüüsida. Lisasin, et magistritöö eesmärgiks on välja selgitada inimeste teadlikkus ja valmisolek osaleda rehabilitatsiooniprotsessis ning milliseid teenuseid inimesed enam vajavad ning kuidas tagan konfidentsiaalsuse hilisemas analüüsis. Kõik vastajad olid heameelega nõus uurimuses osalema. Ei kogenud ühegi intervjuueeritava poolt kahtlemist. Intervjuus osalejad allkirjastasid minu poolt eelnevalt koostatud informeeritud nõusoleku lehe isikuandmete töötlemiseks.

Tabel 2. Intervjuueeritud isikud ja hindamisküsimustiku tulemused

Vastaja sugu ja vanus	Puude raskusaste ja liik	Kognitiivsed võimed	Liikumine	Enese eest hoolitse- mine	Inimeste- ga lävimine	Igapäevased kodused toimingud	Osalemine ühiskonna- Elus
N70	Keskmine /üldhaigestu- mine	Mõõdukad raskused	Mõõdukad raskused	Ei ole raskusi	Vähesed raskused	Mõõdukad raskused	Mõõdukad raskused
M70	Raske/ üldhaigestu- mine	Mõõdukad raskused	Tõsised raskused	Vähesed raskused	Vähesed raskused	Mõõdukad raskused	Mõõdukad raskused
N66	Keskmine/ üldhaigestu- mine	Ei ole raskusi	Mõõdukad raskused	Ei ole raskusi	Ei ole raskusi	Ei ole raskusi	Vähesed raskused

M77	Raske/ üldhaigestu- mine	Mõõdukad raskused	Tõsised raskused	Mõõdukad raskused	Ei ole raskusi	Mõõdukad raskused	Mõõdukad raskused
M37	Raske/ Psüühika- häire	Tõsised raskused	Ei ole raskusi	Ei ole raskusi	Tõsised raskused	Ei ole raskusi	Tõsised raskused
M69	Raske/ liikumispuue	Ei ole raskusi	Tõsised raskused	Mõõdukad raskused	Ei ole raskusi	Mõõdukad raskused	Tõsised raskused
N71	Raske/ liitpuue	Mõõdukad raskused	Tõsised raskused	Vähesed raskused	Ei ole raskusi	Mõõdukad raskused	Mõõdukad raskused

Tabelisse 2 olen koondanud intervjueeritavate andmed, et lihtsustada analüüsi lugemist ja mõista inimeste tõlgendusi argieluga toimetulemisest.

2.3. Andmete kogumine

Andmete kogumisel lähtusin isikuandmete kaitse seadusest. Uurimuse läbiviimiseks esitasin Sotsiaalkindlustusametile kirjaliku taotluse, et saada luba kasutada oma magistritöös intervjueeritud inimeste küsimustike kokkuvõtteid. Kirjeldasin Sotsiaalkindlustusameti taotluses oma uurimustöö eesmärgi, milliseid andmeid soovin analüüsida ja kuidas andmeid töötlen ning hiljem andmed kustutan. Taotluse sisu pidin kahel korral täiendama ja parandama, et see osutuks nõuetele vastavaks. Puuduseks oli ebapiisav kirjeldus isikuandmete kustutamise kohta.

Võttes aluseks uurimuse eesmärgi ja uurimuse küsimused, koostasin intervjuukava poolstruktureeritud intervjuu läbiviimiseks. Intervjuukava koosneb järgmisest punktidest:

- Teadlikkus rehabilitatsioonist
- Sotsiaalsest rehabilitatsioonist teabe omamine
- Muutusteks valmisolek ja vajadus
- Rehabilitatsiooniteenuste määratlemine

Käesolevas töös kasutan andmete kogumiseks struktureeritud ja poolstruktureeritud küsimusi. Struktureeritud küsimused on seotud WHODAS 2,0 küsimustikuga, et hinnata sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajadust. Poolstruktureeritud küsimused oli eelnevalt ettevalmistatud, et teada saada, millise tähenduse annavad inimesed rehabilitatsioonile, kas nad on teadlikud sotsiaalse rehabilitatsiooni võimalustest, millised on inimeste vajadused ja, millistes eluvaldkondades nad muutusi ise soovivad. Poolstruktureeritud küsimused võimaldasid inimesel rääkida enam oma arvamust sotsiaalsest rehabilitatsioonist, rahulolust teenustega, argieluga toimetulekust ja seal esinevatest probleemidest ning tervises seisundist.

Intervjuu alguses tutvustasin esmalt põgusalt sotsiaalse rehabilitatsiooni korraldust, mis sai alguse käesolevast aastast. Seejärel esitasin küsimused rehabilitatsioonist teadlikkuse kohta, näiteks mida tähendab inimese jaoks sõna rehabilitatsioon ja, kas ta on teadlik, mida mõeldakse sotsiaalse rehabilitatsiooni all ning, millistele probleemidele inimene soovib lahendust rehabilitatsioonist saada. Seejärel täitsin hindamisküsimustikust tulenevaid küsimusi ning küsimuste viimases blokis esitasin taas uurimistööga seotud küsimusi, et teada saada inimeste valmisolekut muutusteks ja vajadust teenuste järele.

2.4. Analüüsi meetod

Kasutan oma uurimustöös osalus tegevusuuringut, et selgitada välja rehabilitatsioonivajaduse hindamise intervjuust olulisemad valdkonnad, leida vastused oma täiendavatele küsimustele ning reflekteerida intervjuude tulemusi. Andmete analüüsimiseks on osalejate intervjuud transkribeeritud ning analüüsimisel tuginen WHODAS 2,0 hindamisküsimustiku täitmise intervjuudele. Kuna 1 intervjuu transkriptsioon jäi 22-25 lehe piiridesse, siis kodeerimine osutus päris keeruliseks ja ajamahukaks. Kasutasin intervjuude transkribeerimisel Laherand, M (2008: 282) kirjeldatud tingmärke, mis võimaldab rääkija kõnet edasi anda võimalikult täpselt.

Kasutan töös järgmisi transkriptsioonimärke:

<i>Kursiiv</i>	intervjueeritava kõne
(.)	lühike, aga siiski selgesti eristuv paus
(2)	pikem paus, sulgudes sekundid
<i>Alla joonitud</i>	rõhutatud koht

Argielus esinevad toimetuleku raskused mõjutavad väga inimeste igapäevaelu. Kuigi küsimused olid inimestele konkreetsed, räägivad nad intervjuu ajal isiklikke tervisemuresid, oma tööelu raskustest, igapäevaeluga toimetulekust, riigi päevaprobleemidest ja poliitikast ning muid perekondlikke probleeme.

Tegevusuuringus kasutatakse mitmeid kvalitatiivseid ja kombineeritud meetodeid, mis võimaldavad teha pidevat koostööd uurija uuritavate vahel. Uurija täidab tegevusuuringus korraga kahte rolli: ta on nii uurija kui koostööpartner, kusjuures rõhuasetus on nii uurija kui koostööpartner, kusjuures rõhuasetus on uuritavatega tehtaval koostööl, mitte niivõrd uurimisobjekti tundamõppimisel (Strömpl, 2006).

2.5. Uurija refleksiivus

Intervjueerimise käigus tundsin, et inimesed vajavad WHODAS 2,0 küsimustele vastates täiendavaid selgitavaid küsimusi, näidete toomist ja küsimuste lihtsamat sõnastamist. Kui küsida inimeselt täpselt küsimustiku sõnastuse järgi, siis jäaksid nad küsimustele vastamisega hätta. Üsna sageli kurtsid inimesed, et kes need küsimused on küll välja mõelnud.

Intervjueerimisel tuleb inimesi rohkem motiveerida ja julgustada ning anda aega vastamiseks, et nad mõtleksid oma tugevustele ja oskustele. Intervjueerijana pean kohanduma vastavalt inimesele, valima sõnastust ning selgitama küsimust inimese jaoks piisavalt. Intervjuusid hiljem salvestise pealt kuulates panin tähele, et enamik küsimusi on mul vastajate jaoks kohandatud sobivaks ning võib-olla, et liiga paljudel juhtudel abistan inimest sõnade otsimisel. Kuulates intervjuude salvestisi, hakkas mind häirima ka asjaolu, et intervjueerimise ajal pean ma pidevalt tegema arvutis märkmeid, et lisada inimese öeldut. Lisaks heliseb vestluse ajal korduvalt telefon, mis vestluse hetkeks katkestab.

Intervjuusid kuulates tekkis mul kahtlus, et kas kõik inimesed ikka mõistsid minu poolt räägitud sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korraldusest ja asjaajamistest. See tunne tekkis mul siis, kui inimene jäi rohkem kuulama kui kaasarääkima. Infot on palju, mida pean intervjuu käigus rääkima, seda nii üldisest rehabilitatsiooni korraldusest, eelhindamise protseduurist ja edaspidistest tegevustest tegevuskava järgi.

WHODAS küsimustikus erinevates eluvaldkondades toimetuleku hindamine põhineb pigem kogetud raskustel, nt mil määral on teil raskusi mõne uue ülesande lahendamisega või, mil määral on teil olnud raskuseid koduste igapäevaste toimingute ärategemisega nii kiiresti kui vaja?

Vähem toovad küsimused välja, milliste tegevustega inimene hästi hakkama saab. Intervjueerimisel tuleb inimesi enam suunata, et vestlus jääks enamasti küsimustiku piiresse ning ajaliselt ei kulgeks kavandatust oluliselt pikemaks. Intervjueerimise lõpul (1-1,5 tunni möödumisel) on tunda, et inimesed on väsinud.

Lihtsam on inimestel vastata oma isiku- ja üldandmete kohta ning rääkida tervises seisundi üle. Terviseolukorda kirjeldavad vastajad põhjalikult ja teemad, mis on inimesel südamele tulevad intervjuu käigus esile. Seega peab intervjuueerija oskama kaasa rääkida ka teistest eluvaldkondadest (poliitikast, tervishoiust, majandusest), kuid samas tuleb jääda oma pädevuse piiridesse. Mõnikord tuleb sekkuda rääkimisse ja suunata inimene järgmise küsimuse juurde.

Yip (2008) on kirjeldanud refleksiivset praktikat enesekaasamise protsessina, kus meenutamine, enesehindamine, enesevaatlus ja -analüüs toimuvad sotsiaaltöötaja peas. Sotsiaaltöötajal on vaja piisavalt sisemist ruumi, et iseendast distantseeruda ja järele mõelda, tegeleda oma negatiivsete tunnetega ning lahendada ja analüüsida ebakõlasid praktikas (Boyd ja Fales 1983, Schön 1987).

Leian, et minu intervjueerimisoskus vajab veel täiendamist, sest lause ehitus jätab soovida, kasutan sõnade venitamist ja hakkam inimesi intervjuu käigus nõustama ning mõnedel juhtudel ütlen, et ei ole pädev vastama. Mitmetel kordadel täheldasin, et küsin vastuse üle, et inimesest õigesti aru saada. Samas on nimetatud täiendused mõnikord asjakohased, et inimest laialdasemalt mõtlema panna. Intervjueerimisel tundun olevat sõbralik, hooliv,

empaatiline, toetav, kuid jääda tuleb küsitlemise valdkonna piiridesse, et oma tööülesannetega toime tulla.

Sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse hindamises tuleb esile Januse metafoor (Selg, 2014), mille kohaselt üks nägu on inimese ja teine nägu ühiskonna poole; üks on hoolitsev ja teine kontrolliv nägu; üks on praktiku ja teine õpetlase nägu. Seega on intervjueerimisel vajalik kahte poolt hoida tasakaalus, et objektiivsust ja professionaalsust säilitada.

3. ANALÜÜS

Minu uurimustööst saadud tulemused põhinevad WHODAS 2,0 küsimustiku täitmise intervjuudel ning intervjuu käigus esitatud täiendavatele küsimustele. Intervjuudes osalejaid tähistan tabeli 2 veeru 1 andmetel, vastavalt N70; M70; N66; M77; M37; M69 ja N71. Vastajate enamiku moodustasid vanaduspensioniealised inimesed, keda on ka igapäevatoos rehabilitatsiooniteenuste taotlejatena rohkem kui tööelisi. Rehabilitatsiooniteenuste taotlejate seas on suurem hulk puudega inimesi, kellele puue on määratud üldhaigestumise (südame-veresoonkonna haigused, kopsuhaigused ja /või luu- ja lihaskonnahaigused) tagajärjel. Vestlustes selgub, et üsna paljudel inimestel on üldhaigestumisele lisaks une- ja ärevushäired, mistõttu analüüsin ka inimeste tervise teemasid. Analüüs puudutab ka inimeste majanduslikku toimetulekut ja kaasatust ühiskonnaellu, kuna need teemad tõusid esile intervjuu käigus.

Intervjuude analüüsis käsitlen seega järgmisi valdkondi:

- 1) rehabilitatsiooni mõiste tõlgendamine ja sotsiaalsest rehabilitatsioonist teadlikkus;
- 2) inimeste toimetulek kuues eluvaldkonnas;
- 3) valmisolek muutusteks ja rehabilitatsiooniteenuste vajadus.

3.1. Rehabilitatsiooni mõiste tõlgendamine ja teadlikkus sotsiaalsest rehabilitatsioonist

Selles peatükis annan ülevaate, mida tähendab inimeste jaoks sõna – rehabilitatsioon ja, mida nad teavad rääkida sotsiaalsest rehabilitatsioonist. Uurimustööst selgub, et rehabilitatsiooni all mõtlevad inimesed teenuseid, mis parandaksid nende terviseolukorda. Rehabilitatsioon võrdub inimese jaoks tervise probleemide ja vaevuste leevendamisega ning rehabilitatsiooni mõistest teadlikkus vaatamata selle pikaajalisele toimimisele on praktiliselt olematu. Käesolevast aastast kehtima hakanud sotsiaalsest rehabilitatsioonist inimesed teadlikud ei ole. Teenuse korraldusest ja sisust tuleb rääkida juhtumikorraldajal, kui inimene on tulnud rehabilitatsiooniteenust taotlema.

3.1.1. Rehabilitatsiooni mõistmine ja sotsiaalsest rehabilitatsioonist teadlikkus

Rehabilitatsiooni sisu pole kõigile mõistetav. Mitmed intervjueeritavad ei osanud midagi rehabilitatsioonist arvata.

„Ei (.) ma ei tea midagi öelda, soovitati“ (M37).

Pikema mõtlemise järgselt ütlevad uurimustöös osalenud inimesed, et rehabilitatsioon on tervise parendamiseks osutatav teenus, mille raames on võimalik viibida sanatooriumis või haiglas või mõnes muus majutuskohas (hotell). Viibimine kodust eemal, teises mugavas keskkonnas, mõjub inimesele puhkusena ja toetab tema üldise enesetunde paranemist.

M77: *„(2) käisin teenuseid saamas tervise parandamiseks, sain seal ööbida, (.) süüa“* [sanatoorium].

Teenusele saabudes on inimestel ootused saada abi terviseolukorrast tingitud probleemide leevendamisele. Inimesed omavad teavet, et rehabilitatsiooni kaudu on võimalik käia

sanatooriumis ja saada taastusraviteenuseid ning neid teenuseid soovivad nad ka edaspidi sotsiaalsest rehabilitatsioonist saada.

“Mul on ikka ravi vaja seljale ja liigestele, (.) ühesõnaga tervise turgutamine” (M77).

Rehabilitatsioon seostub inimestele ka komisjoni ees käimisega ja ikka tervisest tulenevate vaevuste leevendamisega. *„Siis, kui oli selle komisjoni ees käimine. Muud ei tea ma midagi. See oli lihtsalt läbikäimine, vastasin neile, mida küsiti.“ (N71).* *„Ühesõnaga tervise turgutamine ja abi on ikka väga palju“ (M70).*

Uurimuses osalenud inimesed ei ole teadlikud uuest rehabilitatsioonisüsteemi korraldusest ehk sotsiaalsest rehabilitatsioonist või omavad teenuse kohta vähest teavet. Inimesed, kes jäid eelmistest aastast teenuse järjekorda, ei oma samuti piisavat informatsiooni, mis nende jaoks on muutunud. Informatsioon ei ole selgelt sõnastatud, pole piisavalt arusaadav ja usaldusväärne. *„Ega tegelikult mina ka aru ei saa, kuhu ma minema pean“ (N66).*

Intervjuudest selgus, et vanaduspensioniealised inimesed mõtlevad sotsiaalse rehabilitatsiooni all sanatooriumis viibimist ja taastusravi teenuseid, et tervist parandada.

“Jah üteldi, et nüüd ei anta enam midagi (N71). Uuest ei tea ma, (.) varasemalt komisjonis käimist tean. Tahan neid teenuseid, mis mu tervist ikka parandaks” (M70).

Intervjueeritavad ei oma teavet sotsiaalsest rehabilitatsioonist ning juhtumikorraldajal tuleb igapäevaselt tegeleda inimeste teadlikkuse tõstmisega sotsiaalsest rehabilitatsioonist. Lisaks tuleb nõustada, kust ja milliseid teenuseid on võimalik taotleda. Uurijana tekitab küsimust, kas inimesed peavad enne teenust taotlema, et seda mõista või oleks vaja siiski teha enam eeltööd ühiskonnas teenuse kohta teabe jagamises. Iga teenuse olulise muutumise või uue teenuse loomise puhul oleks vajalik tagada, et see jõuaks iga inimeseni või tuleks siis uusi poliitikaid ellu rakendada järkjärguliselt, et inimeste jaoks ei oles muutused nii kardinaalsed.

3.1.2. Info kättesaadavus ja usaldusväärsus

Üks vastaja tõi välja ka asjaolu, et tunneb puudust paberkandjatel teabe saamisest, puuduvad infovoldikud, kust oleks võimalik eelnevalt seaduse muudatustega tutvuda. Tema sõnul esineb ühiskonnas arvamuste paljusust, mistõttu ei ole ta kindel info usaldusväärsuses.

N70: „Infot on ikka (.) liiga vähe, seadust ma ei tunne. Loen lehest arvamuskülgi, (.) kuid ega seal ka nüüd täpselt kirjas ei ole. (.) Üks ütleb nii, teine naamoodi. Ma ei saa öelda, et ma seda seadust tunnen. (2) Midagi olen siiski kuulnud.“

Uurimuses osalejad internetist informatsiooni pigem otsima ei hakkaks. Põhjustena nimetati täiendavat kulu arvuti soetamisele ja interneti tasule, ebapiisavaid arvuti kasutamise oskuseid ja puudub ka tahtmine arvutis tegutseda ning esinevad ka nägemise probleemid.

Palusin vastajal tuua välja, mil moel ta tahaks uutest muudatustest teada saada, kas selleks võiks olla nt küla- või päevakeskuses kokkusaamine või info vahendamine erinevate meediakanalite (teler, ajalehed, raadio) kaudu või on mõni muu temale sobiv variant.

„Sinna külakeskusesse ma minna ei saa, no ei ole millegagi liikuda ju [bussiühendus] (.) No kui tuleb rääkima ikka mõni spetsialist, siis peab vaatama. (.) Ma tahaks ikka paberilt lugeda“ [voldik] (N70).

Uurimuses osalejad enamasti uutest muudatustest teavet ei oma ja ei tea seda ka ise otsida. Käesoleva aastal sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse taotlejate jaoks ei ole informatsiooniteenuse kohta olnud kättesaadav. Kuid rehabilitatsiooniteenuste järjekorras olevatele isikutele, saadeti Sotsiaalkindlustusameti poolt koju rehabilitatsiooniteenuse suunamiskirja pikendamise otsus ja koos sellega teavituskiri sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse muudatustest. Uurimustöös osalesid nii eelmiste aastate taotlejad, kui selle aasta taotlejad, kuid kordagi ei maininud keegi Sotsiaalkindlustusameti teavituskirja. Seega, kas inimesed ei lugenud informatsiooni või jäi saadetud teavituskiri selgusetuks ei selgu antud uurimustöö käigus.

3.1.3. Rehabilitatsiooni korraldus

Varasemalt toimunud rehabilitatsioon on jäänud inimestele arusaamatuks, nii selle korralduse, kui ka rahastamise osas. Inimesel on meeles, et rehabilitatsiooniteenuse maksumus oli väga kõrge, kuid teenuseid ta nii palju ei saanud, kui oli rehabilitatsiooniplaanis lisatud hinnakirja alusel.

N71: „*Tookord olin sanatooriumis, seda raha oli seal vast 7000 millegagi [krooni] ja kui küsisin, et kas saan pärast kodu lähedal haiglas taastusravis veel teenuseid juurde, siis öeldi, et see ei olevat võimalik. Aga, no olgu (.) ma sain ikka sanatooriumis käia, jah.*“

Inimestel on üsna hulgaliselt terviseprobleeme, mis nende igapäevaelus piiranguid seavad. Intervjuu käigus räägivad inimesed meelsasti ja põhjalikult oma terviseolukorrast ning toimetulekuraskustest igapäevaelus. Vestluse ajal avaldavad inimesed ka oma isiklikke probleeme, mureks on kodused olmeprobleemid, suhted peres, vähesed sissetulekud.

3.1.4. Rehabilitatsiooniteenuse soovitajad

Rehabilitatsioonis osalemist on inimestele soovitanud sotsiaalvaldkonna ja teiste kõrvalerialade spetsialistid. Enamasti on rehabilitatsiooni teenuse soovitajateks olnud perearstid, sotsiaaltöötajad ja informatsioon liigub tuttavate kaudu.

M70: „*minu meelest (.)perearst, tema hakkas neid asju ajama.*“

N66: „*tuttavad on ikka rääkinud, et käivad rehabilitatsioonil ja saavad massaaži (.) ja sanatooriumis käia. Küsivad, miks mina ei lähe.*“

M37: „*ega ma ei tea täpselt, aga haiglas olles hakati sellest rehabilitatsioonist rääkima.*“

Inimesed ise ei oma teadmist rehabilitatsioonist, taotlevad teenust kas spetsialisti või tuttava soovitusel ning tõlgendavad teenuseid varasema kogemuse põhjal. Rehabilitatsiooniteenuse soovitajad ei ole inimesele piisavalt selgitanud teenuse olemust ja võimalusi või on

rehabilitatsiooniteenuse korraldus inimese jaoks siiski keeruline mõista. Kaldun arvama, et esineb mõlemat põhjust, kuna rehabilitatsiooni seadusandluse sõnastus on väga juriidiline ja täiendavaid lihtsas keeles selgitusi inimestele ei jagata, siis ongi teenuse osutamist raske soovitada. Lisaks tuleb soovitajatel teada sotsiaalhoolekande seaduses nimetatud sotsiaalkaitseministri määruseid, mis täpsustavad teenuste loetelu, hinnad, nõuded teenuseosutajatele.

3.1.5.Rehabilitatsioon ja taastusravi teenused

Rehabilitatsioonist üldiselt rääkides hakkavad inimesed kirjeldama oma haiguseid ja seeläbi igapäevaelu toimetuleku piiranguid. Uurimuses osalejatest ei olnud keegi teadlik, mis on rehabilitatsiooni teenuse sisu, vaid tuginesid oma vastustes varasemalt kogetud teenustele ja tuttavate poolt öeldule. Need isikud, kes varasemalt rehabilitatsioonis ei olnud osalenud, olid kuulnud tuttavatelt-sõbrannadelt, et rehabilitatsiooni kaudu saab sanatooriumisse minna ning siis on võimalik saada taastusraviteenuseid.

„Ei ole kursis. Tulin seepärast, et saada massaaži ja vesiravi“ (N66).

Massaažil ja vesiravil on lõõgastav ja rahustav mõju organismile ning kesknärvisüsteemile. Nende protseduuride toimetulek tunneb inimene, et paraneb üldine enesetunne ja seeläbi igapäevaeluga toimetulek. Rehabilitatsioonisüsteemis tunnevad end inimesed ebakindlalt, neile pole piisavalt lihtsalt ja arusaadavalt selgitatud rehabilitatsiooniteenuse olemust.

M37: *„Mulle ongi see nagu segane, et kui ma hakkan seda rehabilitatsiooni saama, siis kas ma lähen kuhugi pikemaks, või(.) või mis moodi siis?“*

Inimesed hindavad rehabilitatsioonist saadud taastusraviteenuseid neile vajalikeks ja tervist toetavaks ning see on ka põhjus, miks nad uuesti rehabilitatsiooniteenust taotlevad. Intervjueeritavad, kes olid rehabilitatsiooniteenust taotlenud korduvalt, soovisid saada samasid teenuseid, mis neile varem osutati ning neist on esikohal massaaž, vesiravi, soolakamber, parafiiniravi ning viibimine sanatooriumis. Teistest teenustest nad enamasti rääkida ei teadnud või ei olnud meeles vestlused või ei pidanud nad nõustamisteenuseid endale vajalikeks.

„(.) varasemalt komisjonis käimist tean. (2) Sain sanatooriumis käia jah. Ma tahan neid teenuseid, mis mu tervist ikka parandaks” (M70).

Ka tööeline isik ei olnud kursis rehabilitatsiooniteenuse sisuga. Kuna ta on viimastel aastatel pidanud viibima sageli haiglas, siis arstid olid soovitanud talle rehabilitatsiooniteenust.

M37: *„ ei taha enam niimoodi elada, haarasin mingist võimalusest kinni, et hakkama saada.“*

Uurimuses osalesid ka isikud, kes olid rehabilitatsiooniteenust taotlemas esmakordselt ja nende jaoks on rehabilitatsioon tervisliku olukorra parendamine taastusraviteenuste kaudu. Ühel juhul oli inimesel kindel soov saada rehabilitatsioonist taastusraviteenuseid ja teisel (tööeline isik) puudus üldse teadmine ja varasem kogemus rehabilitatsioonist, kuid ta oli väga motiveeritud rehabilitatsioonis osutatavate teenuste saamisest.

Seega on inimeste jaoks rehabilitatsioonist arusaamine keerukas, kuna seadusandlus on liiga üldine ning rehabilitatsioonist puudub ühtne arusaam teenuseosutajatel. Samas on teenuseosutajad lähtunud riikliku teenuse osutamisel inimese soovidest, osutades neile passiivseid (massaaž ja teised taastusraviteenused) teenuseid. Inimene leiabki, et see kui keegi teine minuga tegeleb on tähtis ja vajalikum. Eakad inimesed, kelle tervislik seisund on elu jooksul oluliselt halvenenud ja kujunenud on kroonilised haigused, siis nad tunnetavad ebaõiglust, kui rehabilitatsioon ei paku neile taastusraviteenuseid või muid toetavaid teenuseid (nt kohaliku omavalitsuse teenused).

„Ma töötasin 69.eluaastani ja nüüd (.) kui ma vajan mõnikord abi, siis riiklikult mul seda võimalik saada ei ole“ (N70).

Taastusraviteenuste või siis sanatooriumi eest inimesed ise tasuda ei jõua, kuna pension kulub igapäevaeluga toimetulekuks. Tööelised inimesed tunnetavad enam sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste vajadust. Uurimustöös osalenud tööeline isik ütles, et ta ei vaja füsioterapeudi teenust vaid soovib rehabilitatsioonist saada erinevate spetsialiste nõu ja toetust, et igapäevaeluga ise paremini hakkama saada.

3.1.6. Varasem kogemus rehabilitatsioonist ja sellega rahulolu

Enamus vastajatest olid varasemalt rehabilitatsiooniprotsessis osalenud ja peamiste teenustena nimetatakse füsioterapeudi teenust, võimlemist, massaaži, soolakambrit, parafiiniravi, mullivanne.

“Nüüd, kui ma sügisel käisin, siis mis teenuseid ma sain. (.) Parafango, see oli (2) siis, oli soolakamber, siis oli (.) vesivõimelmine ja füsioterapeudi teenus” (N70).

Kui küsida rehabilitatsiooni protsessis osutatavate teiste teenuste kohta, siis vastused on kõhklevad. Enamik rehabilitatsiooniteenuste kasutajaid nimetasid esmaste teenustena füsioteraapia teenust, järgmisena psühholoogi ja siis sotsiaaltöötaja teenust.

“Massaaz on ikka põhiline, võimlemine, (.) mudaravi. Psühholoogi teenust ma praegu ei vaja” (M70). “Sain võimlemist ja füsioteraapiat, oli ka sotsiaaltöötaja, psühholoog ja see (.) kuradi veevannid” (M77). “Psühholoogi teenus, sotsiaaltöötaja teenus, (.) massaaz oli, võimlemine, parafiin, (.) soojendus ka jalgadele” (N71).

Varasem kogemus rehabilitatsiooniteenuste osas ühtis mitme intervjuueeritava vastuses. Inimesed olid antud teenustega, mis neile senini rehabilitatsiooniplaanide alusel osutati väga rahul ning leevendunud olid mõnda aega terviseprobleemid. Kõige enam toodi välja üldist enesetunde paranemist ja positiivset meeleolu peale teenuste kasutamist.

“Jupp aega oli parem olemine, enesetunne tõusis (.) võib-olla ka närvipinge tõmbas tagasi. (.) Kasvõi rahva sees olemine on üks asi” (M77). “Väga toredad ja tublid, koostöö oli meil väga hea” (N71).

Kuid esines ka vastu arvamusi eelpool öeldule, kus intervjuueeritavale ei osutatud massaaži, kuna teenuseosutaja sõnul on see tasuline teenus ning sissetulekute ebapiisavuse tõttu isik massaaži ei võtnud, kuigi tunneks, et seda oleks talle vaja. Teistest rehabilitatsiooniteenustest tagasiside oli praktiliselt olematu või ei meenunud intervjuueeritavatel mingit olulist kasu toetavatest nõustamisteenustest. Sotsiaaltöötaja teenuse kohta avaldati järgmine arvamus:

“Jah ta kutsus mind välja, ja (.) me pikalt ei vestelnud, (2) ta rääkis neid asju, mida ma tean ja ma ütlesin, et ei ole mõtet aega raisata, võib-olla tal on millegi muuga tegeleda, sest kõigil on kiire” (N70).

Seega vajavad vanaduspensioniealised inimesed enam tervisest tulenevate probleemidele leevendust ning sotsiaalset suhtlust, et tunda end argielus vajalikuna. Intervjueeritavad tundsid end mõnda aega peale rehabilitatsiooni paremini, nende meelolu tõusis ning seeläbi ka tervislik olukord.

Vaatamata varasemalt koostatud põhjalikule rehabilitatsiooniplaanile mitmete erinevate erialaspetsialistide poolt, ei näe inimesed üldjuhul vajadust teiste toetavate nõustamisteenuste järele, vaid soovivad saada leevendust tervise probleemidele. Intervjueerimistulemustest selgub, et füsioteraapia protseduurid rehabilitatsioonisüsteemist olid eakatele enamasti tasuta. Tasulisi taastusraviteenuseid eakad, aga oma sissetulekute juures endale lubada ei saa.

3.2. Tervise olukord

WHODAS 2.0 küsimustik sisaldab inimese tervise andmeid diagnooside põhiselt ning need meditsiinilised andmed on olnud aluseks puude raskusastme määramiseks. Puude raskusastmete määramisel lähtutakse kõrvalabi, juhendamise ja järelevalve vajaduse ulatusest.

Tervis on inimese jaoks kõige tähtsam vara, kuid enamasti peavad inimesed tervise all silmas kehaliste haiguste olemasolu. Vestluse edenedes ilmnevad teised tervisega seotud tegurid, nagu vaimne tervis (mõtlemine) ja sotsiaalne tervis (suhted), kuid neid tegureid inimene oma terviseolukorraga otseselt ei seosta. Inimese tervist mõjutab see, kuidas ta iseendasse suhtub. Intervjueeritavad tunnetavad oma terviseolukorda pigem halvana ja pigem räägitakse haiguste süvenemisest.

“Ei kergemaks ei lähe, tunnen, et hädasid tuleb juurde” (M70).

“Halvemaks ikka, siis krambid käivad kaelas, siis näpud lähevad kõveramaks” (M77).

“Tervis on ikka suhteliselt samasugune, paremaks läinud ei ole. (.) Pigem on 2 viimast aastat rasked olnud. Olen liiga sageli pidanud viibima haiglas” (M37).

Inimese terviseolukord on otseses seoses tema üldise meeleolu, emotsionaalse seisundi ja sotsiaalse suhtluse võimalusega. Üsna mitmel korral tuuakse välja emotsionaalsed raskused, mis mõjutavad kogu keha tervislikku seisundit.

N70: *“Mkm, ikka raskemaks. Teate (.) raskemaks läheb juba seetõttu et, ma ei saa enam oma mõtteid, (3), et ma ei saa oma mõtteid, ee (2) vaimseid, (3) vaimne mõtlemissüsteem viib mul oma füüsilise tegutsemise alla. Ma ei käi kuskil suhtlemas, tööl ma enam ei ole ja kui olid tööl, siis oled teatud süsteemis koos, koos käib tegutsemine, olek. (.) Ma ei tunne, ma ei mõtle, ma ei ole, ma invaliidiks ennast ei pea. Aga nüüd kui ma olen kodus, siin nelja seinaga vahel, siis ma olengi invaliid ju?”*

Tervise seisukohalt on inimese jaoks olulised nii füüsiline kui vaimne tervis. Inimese elukvaliteedi üheks oluliseks näitajaks on inimeste endi poolt hinnatud terviseolukord ja füüsiline heaolu. Tervis on nii elukvaliteedi eeldus, kui ta on ka elukvaliteedi aluseks.

Intervjueeritavad räägivad põhjalikult oma tervisest ning juhtumikorraldajana jään mõnikord raskustesse, kui kõne all on spetsiifilised diagnoosid ning väga üksikasjalik kirjeldus haigusest. Inimene soovib oma kaebustest põhjalikult rääkida ja mina olen tema jaoks sel juhul kuulaja rollis. Inimesed, kes oma ea või haiguse tõttu ei tööta ja ei oma piisavat sotsiaalset suhtlusvõrgustiku, tunnevad ennast üksildasena ning neil puudub võimalus oma elust kellelegi rääkida. Kuid tervisest üldiselt rääkides tuginevad intervjueeritavad haigustele ja neist tingitud otsestele kaebustele.

3.3. Majanduslik toimetulek

Sissetulekute vähesus ning igapäevased toimetulekuraskused majandamises väljenduvad kõigil intervjueeritaval olulisel määral, mistõttu leian, et vaatamata antud teema püstituse puudumisele uurimusküsimustes, ei saa seda jätta tähelepanuta. Inimeste jaoks on väga raske toime tulla pensioniga, mille keskmine suurus Eestis on 320 euro piires. Vastajate hulgas on

võlakohustusega isikuid ning nad hindavad oma majanduslikku toimetulekut tõsiseks probleemiks. Majanduslikku toimetulekut hinnatakse enamikel juhtudel mõõdukaks raskuseks. Vastajatest keegi ei tunnetanud majanduslikes probleemides üldse raskusi ja raskused ei olnud ka vähesed. Majanduslike raskuste põhjustena tuuakse välja kulutused eluasemele (küte), ravimitele ja abivahenditele ning transpordile. Üsna mitmed vastajad mainisid, et omavad isiklikku autot, mille ülalpidamisele kulub omajagu raha, kuid auto on inimesele vajalik eelkõige seetõttu, et oleks tagatud terviseolukorrast tingitud liikumispiiratus.

N70: „*Ma pean vaatama (.) ikka väga, mida ma ostan, sest ravimitele kulub kuus 70 eurot*“
Mul on laenud tasuda“ [korterühistu laen].

M77: „*Iga kuu läheb üks 50-60 eurot ravimitele, bensiin on häbemata kallis küll. Ja sanatooriumile kulub, kuid käid ära ja siis on tervis ikka parem küll. Aga kallis lõbu, (.) seda annab väiksest pensionist ikka kokku hoida.*“

M37: „*tõsine probleem on ikka, mul pole endal elukohta, tööd ei ole, võlad on.*“

Seega saab öelda, et rehabilitatsiooni kaudu varasemalt saadud taastusraviteenused toetasid inimeste igapäevast toimetulekut vähendades kulusid taastusraviteenustele. Uurimustööst selgub, et taastusraviteenuste osutamisega olid inimesed väga rahul ning nende terviseolukord ja enesetunne muutusid paremaks. „*Nagunii tuleb oma rahadega ravida ennast, neid vahendeid mul ei ole, sellepärast, et pension on niivõrd väike ja elu peale läheb raha ära*“ (M69).

Majanduslike probleemidega püütakse iseseisvalt toime tulla, kohaliku omavalitsuse poole abi küsimiseks ei soovita pöörduda. Inimesed tunnetavad abi paludes häbi oma kehva majandusliku olukorra pärast. Loodan, et sotsiaaltöötajate suhtumise ja suhtlemise tõttu inimesed end halvasti ei tunne.

M69: „*kui ei jõuta päris santidele maksta siis, (.) mis siis veel mina. Ja ei taha ennast alandada ka.*“ M77: „*see abi ei ole minimaalne kah, see on inimese mõnitamine, pilkamine. Õpetagu, kuidas elada 338 euroga ja maksta kõik maksud ja ennast ravida.*“

Inimesed avavad end vestluses väga palju, vaatamata esitatud konkreetsele küsimusele, läheb jutt inimese enda jaoks olulistele teemadele, näiteks haigustele, toimetulekuraskustele, suhetele, poliitilistele otsustele.

N70: „Meil on siin noored inimesed, 40-45.aastased, on puudega ja saavad pensioni 200€ ringis. Samas käivad kahe koha peal tööl. (2) No tegelikult keegi peaks siin asjad paika panema. Samas mõni mutikene ei saa toa uksest üldse välja ja vald ütleb tolele niimoodi, et teil on oma asi, teil elavad Tallinnas (.) tütar. Vald oleks võinud, kui ta ei saa omadega hakkama, siis oleks võinud paluda kedagi, (.) kes liigub seal alevis, et olge head palun viige talle midagi või tooge poest ära. Aga, siis kui inimene enam ei suuda, ta on eluaeg õpetaja olnud, siis öeldakse nii, et su oma asi, onju.”

Konkreetsel küsimusel vastus kujuneb teinekord pikemaks ja vastuses toob inimene välja murekohad, mis teda riiklikus sotsiaalsüsteemis häirivad. Antud vastuses sisalduvad mitmed riiklikud probleemid ühiskonnas, mis on seotud pensionäride väheste sissetulekutega, riiklike soodustuste ärakasutamisega oma heaolu saavutamiseks ning sotsiaalteenuste puudumisest eakatele, et saada vähesema kõrvalabiga oma kodus hakkama. Paraku jäi mul juhtumikorraldajana ainult tõdeda, et niisuguseid olukordi meie ühiskonnas on ja püüdsin anda lootust tulevikuks, kus kohalike omavalitsuste sotsiaalteenused muutuvad kättesaadavamateks kõigile abivajajatele.

3.4. Ühiskonnaellu kaasatus

Lisaks tunnetavad vanaduspensioniealised inimesed, et rehabilitatsioon võimaldab neil olla kaasatud ühiskonnaellu ja suhelda kaasinimestega, kuna igapäevane tegevus jääb ainult oma kodu piiresse. Lapsed elavad oma vanematest üldjuhul kaugemal ning eakatel emadel ja isadel tuleb oma eluga võimalikult ise toime tulla. Uurimustöös osalejatest vähesed olid seotud huviringis käimisega või kogukonna seltsielus osalemisega, teised vastajad oma terviseolukorra tõttu ei saa osaleda huviringides ja vabaaja tegevustes. Ühiskonnaelus osalemise takistusena toodi välja ka puudulikku ühistranspordi korraldust, vähesed sissetulekuid ja elukohas esinevaid keskkonna takistusi (nt trepid, maastik).

“(.) Vähemalt ta andis mulle ette mingisuguse kohustuse, (.) sest 5-7 korda käimist see oluliselt tervist ei muuda, aga vähemalt meeleolu tõstis, et (.) mind lihtsalt arvestatakse ja mul on mingid kohustused ning kui meeleolu on parem, siis on tervis kah parem. Ta ikka

sundis mind liikuma ja sundis mind suhtlema ja (.) eks sedavõrd (.) ma ka ise tundsin end paremini” (N70).

Rehabilitatsioonis osalemine võimaldas vastajatel end tunda kaasatuna ja aktiivsena. Üksikud vastajad sooviksid käia osalise koormusega ka sobival tööol, sest tunnevad, et suudaksid veel tööga hakkama saad ja see aitaks ka sissetulekuid suurendada.

N70: *„ma tunnen, et ma ikka elan, kui saan ringi liikuda. Ma tahan veel saada (.) sinna koolitusele [hooldustöötajate], aga ma ei tea, kas mind sinna võetakse.“*

N66: *„jaa, ma praegugi ootan vastust, kas mind võetakse tööle.“*

Teised vastajad ei toonud välja töötamise soovi oma tervisliku olukorra tõttu. Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020 toob välja, et sotsiaalne kaasatus (ingl k social inclusion) tähendab inimeste võimalust osaleda igakülgset ja täisväärtuslikult ühiskondlikus elus ning omada ligipääsu erinevatele ressurssidele ja hüvedele, olgu nendeks näiteks võimalus tööd teha või õppida, saada vajaduse korral sotsiaalkindlustushüvitisi või kasutada sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid, saada osa infotehnoloogiavõimalustest vms. Sotsiaalse kaasatuse tagamisel on oluline roll nii sissetulekutel kui ka näiteks sotsiaalsetel võrgustikel.

3.5. Igapäevaelu toimingutega toimetulek ja valmisolek muutusteks

Selles peatükis annan ülevaate, millistes eluvaldkondades uurimuses osalejatel on enim tegevuspiiranguid ja millistes valdkondades nad tunnetavad muutuste vajadust. Igapäevaelu valdkondadeks, kus tegevusvõimet WHODAS 2,0 põhjal hinnatakse, on 6. Nendeks on kognitiivsed võimed, liikumine, enese eest hoolitsemine, kodused toimingud, suhtlemine ja ühiskonnaelus osalemine.

3.5.1. Kognitiivsed võimed

Selles valdkonnas hinnatakse kui suuri raskusi on isikutel keskendumisega, oluliste asjade meespidamisega, igapäevaelus ettetulevate keeruliste olukordade analüüsimisega, arusaamisega, mida teised inimesed räägivad ja vestluse alustamise ning hoidmisega.

Kognitiivsete võimete valdkonnas hindavad vastajad oma raskusi enamasti mõõdukateks. Uurimustöös osalejate seas olid enamik vastajaid vanaduspensioniealised ja puue oli määratud neile üldhaigestumise tagajärjel. Vanaduspensioniealiste hulgas oli neid, kes tundsid, et kognitiivsed võimed põhjustavad neile mõõdukaid raskusi. Kõige enam valmistavad raskusi vanaduspensioniealistele vastajatele uutes ja keerulistes olukordades toimetulemine. Näited, millised on uued ja, millised võiksid olla inimese jaoks keerulised olukorrad, tuli kohe esitada, sest vastasel juhul jääks inimesele küsimus selgusetuks. Lähtuma pean intervjuueerijana inimesest endast ning enamasti olen suutnud ära tajuda esialgse vestluse põhjal, mis võiks olla inimese jaoks keeruline ja uus olukord.

M77: „maksed teeb tütar, mina arvutiga hakkama ei saa. Hirm tuleb peale, kui kõik asjad hakkavad ainult arvutis olema.“

Ja oli ka neid, kelle jaoks see valdkond ei ole üldse raske. „Meid on õpetatud lapsest saati, et oma eluga peab ise hakkama saama“ (N66). „Mul jäävad asjad meelde. Ei, (.) ei ole mulle keeruline ise asju ajada“ (M69).

Mõõdukat raskust põhjustavad probleemid oluliste asjade meespidamisel, uute ja keerulisemate olukordade lahendamisel. Nende tegevuste puhul vajatakse, kas abivahendit või teise inimese abi. Abistajateks on reeglina lapsed või abikaasa.

Ühel vastajatest oli puude liigiks psüühikahäire ja tema jaoks on kognitiivsete võimetega iseseisev toimetulek tõsiselt raske. „Nendega ongi halvasti, praegult nendega väga hakkama ei saa. Kui pean minema uude kohta tööle, tuleb tõsine ärevus peale“ (M37).

Keerulised ja uued olukorrad on vastaja jaoks väga tõsiselt rasked, terviseolukorra tõttu ei tule nendega toime, kuna puudub lähedaste võrgustik.

3.5.2. Liikumine

Liikumise valdkonnas hinnatakse, mil määral on isikul raskused kuni 30 minutit püsti seismisega, istuvast asendist püsti tõusmisega, kodus ringiliikumisega, kodust väljamine misega ning kuni 1 km kõndimisega. Liikumise valdkonnas on uurimuses osalenud vanaduspensioniealistel inimestel kõigil raskused, enamasti jäävad raskuste ulatused mõõdukast tõsiste raskusteni. See on valdkond, kus tihti vajatakse abivahendit, et oma igapäevaeluga hakkama saada. Abivahenditena on inimestel kasutusel isiklik auto, ortoosid ja liikumisabivahendid (tugikepp). Isikliku auto teema tõusis esile ka majandusliku olukorra alapeatükis. Auto omamine on ühtaegu kulukas, kuid ka väga vajalik, et olla iseseisvam ja säilitada oma tegevus- ja liikumisaktiivsus. Isikliku auto omamine võimaldab eakatel, kellel on liikumiskõhustus osaleda vabaaja üritustel ja tunda end täisväärtuslik ühiskonnaliikmena.

N69: „*sõidan ise autoga, sest liikuda ma üle 500 m ei jaksa, (.) selg hakkab valutama, liigesed valutavad. Võtan sõbrannad peale ja käime, kas teatris või kontserdil.*“

Selles valdkonnas põhjustab vastajatel segadust küsimus, mis puudutab püsti seismist 30 minutit. Vastaja leiab, et nii pikka aega seista pole enam kuskil olnud vaja.

M 69: „*No milleks ma peaksin seda katsetama? Ma ei tea. Ma ei usu, et kuskil nii kaua seisma peaks.*“

Selgitan, et tegemist on küsimusega, mis aitab mõista inimeste füüsilist jõudlust ning täiendavate küsimuste põhjal selgub, et 30 minutit püsti seista ei ole terviseolukorra tõttu võimalik. Edasi arutleme, kui palju aega suudaks vastaja püsti seista ja lõpuks selgub, et 5-10 minutit ilma abivahendita.

Liikumine ja liikuvus on seotud inimeste terviseolukorraga ja sõltub puude spetsiifikast. Uurimuses osalejatele on enamikule puue määratud üldhaigestumise tõttu ning peamisteks kaebusteks on selja ja jalgade valud, mis takistavad liikumist. Kuid lisaks ka südamehaigused põhjustavad liikumisel raskuseid. Liikumise küsimustele vastused tulevad kergemini, küsimused on selgelt ja konkreetsetelt sõnastatud ning inimese jaoks arusaadavad. Täiendavaid küsimusi selles küsimuste blokis ma esitama ei pidanud.

3.5.3. Enese eest hoolitsemine

Küsimused puudutavad seda, mil määral on isikul raskused enda pesemisega, riietumisega, söömisega, mõneks päevaks üksi jäämisega. Enesehooldustoimingutega saavad vastajad enamasti ise hakkama või vajavad vähesel määral või mõõdukalt teise inimese abi. Hooldusabivahendeid kasutavad vähesed, pigem soovitakse abistamist teise inimese poolt.

M69: „*Selga ei saa pesta, (.) käed ei liigu ju. Rasket tööd on tehtud, vot milles on lugu.*“

Edasi räägime isiku varasematest töötingimustest, kus töötada tuli välitingimustes, müra ja vibratsiooni keskel ning tõsta raskuseid. Kergemat tööd valida ei saanud, sest pere oli ülalpidada. Mees jutustab oma pikast tööelust (47 aastat), kus maksti töötasu osaliselt „ümbrikus“ ja selle tõttu on nüüd pension nii väike, mis tingib olukorra, et iga kuu lõpul tuleb rahast igapäevaseks eluks puudu.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamisküsimustikku neid andmeid ma ei lisa, kuulan inimest ja püüan nõustada ja aidata hakata. Antud juhtumi puhul selgitasin hiljem inimesele, mis tingimustel on tal võimalik endale kutsehaigust taotleda.

Enese eest hoolitsemise toimingutega saavad enamasti inimesed siiski ise hakkama. Ühe raskusena, mis ilmneb mitmetel vastajatel on riidesse panemine, kus vajatakse rohkem abi. Peamiselt on raske jalanõude ja sokkide jalga panemine ning ülepea aetavate riiete selga panemine.

N71: „*Tänu sellele, et ma olen ikka ravi saanud, siis saan nõõpide ja lukkude panemisega nüüd ikka hakkama.*“

Selles küsimuste blokis tuleb mul taas mõned täpsustavad küsimused esitada, sest kui küsimus puudutab näiteks riietumisega hakkama saamist, siis tuleb aidata inimesel mõelda ka sellele, kuidas ta riided kätte saab, kuidas tuleb toime nõõpide, lukkude, paelte kinnitamisega.

3.5.4. Suhtlemine inimestega

Hinnatakse, mil määral on isikul olnud raskuseid läbisaamisel lähedaste inimestega, pereliikmetega ja sõpradega, kas esineb raskusi kontakti algatamisel ja suhtlemisel võõraste inimestega ning füüsilise lähedusega ja seksuaaleluga.

Selles valdkonnas üldjuhul inimestel, kes osalesid uurimuses, raskusi ei ole. Mõned vastajad väljendavad, et nad pigem väga ise ei soovi võõrastega suhelda, kuid nende jaoks ei ole see probleem. Samas hindavad selle siiski väheeks raskuseks.

N70: „*Ma ei tiku ise kellegagi vestlema, kui minu poole pöördutakse, siis ikka räägin, aga ise ma suhtlust ei otsi.*“

N71: „*Ei ma väga ei suhtle võõrastega, aga mõnedega küll, (.) näed nagu ära silmist, mis inimene on.*“

Lähedaste inimestega suhted on vastajate enamikul head ja toetavad. Pereliikmed on need isikud, kes vajadusel igapäevaevastes toimetustes abistavad.

M77: „*Midagi häda ei ole, tütar ja poeg käivad peaaegu iga päev läbi.*“

Suhtlemise valdkond on ühele vastajatest tõsine raskus. Tema terviseolukorra tõttu on pingestunud suhted pereliikmetega ning elukaaslasega suhe on lõppenud. Ka võõraste inimestega tunneb, et suhelda ei julge, arvab, et teised inimesed hakkavad teda arvustama. Sõpradega suhtlus on samuti terviseolukorra tõttu vähenenud. Lähedaste ring on suhteliselt väike ja suhted seal pingelised.

M39: „*Tekivad ikka vahel tõsised probleemid, kuna tööga ei saa hakkama, siis tekib ärevus, hakkab alkoholi võtma ja siis satun jälle haiglasse. (.) Ei saagi nagu sellest ringist välja.*“

Suhtlemine ja head suhted inimese elus on olulised, see annab inimesel turvatunde ja tegutsemissoovi nii kodus, tööl, õppimises, kui oma hobidega tegelemisel. Selle vastaja jaoks on haiglas olemine tema jaoks kõige turvalisem ja parem koht, kust väljudes ta tunneb, et suudab nüüd eluga edasi minna, asuda tööle ja luua oma pere. Kuid kodus olles hakkab tundma, et kõik ei ole nii hästi kui kavandatud ja tervis ning enesetunne halvenevad.

Inimestel on oluline omada suhteid oma ümbritsevas elukeskkonnas, suhelda sõpradega, lähedastega, kaasinimestega. Puudega inimese eluga rahulolu ja sotsiaalsete rollide omamine võimaldab tal tunda end sotsiaalselt kaasatuna.

3.5.5. Igapäevased toimingud

Hinnatakse isikute raskusi koduste igapäevaste toimingutega hakkama saamisel, mil määral suudab ta teha koduseid toimetusi õigeaegselt, tööd lõpule viia, teha ära kõige olulisemad toimetused. Selles küsimuste blokis olen koondanud küsimused paari küsimuse piiresse, sest eakate jaoks on need küsimused eraldi küsides veidi ebamõistlikud ja tekitavad talle vastamisel raskuseid. Igapäevaste koduste toimingute tegemise all tuleb mõelda kõiki toiminguid ja tegevusi, mis on iga inimese majapidamises või elukorralduses vajalikud. Igapäevased toimingud on näiteks kütmine, toiduvalmistamine, raha planeerimine, koristamine, poes käimine, pesupesemine jms. WHODAS 2.0 küsimustiku järgi tuleb hinnata inimesel raskuseid, mis ilmnevad igapäevaste koduste kohustuste täitmisega üldiselt, kõige olulisemate tegevustega toimetulemisel, kõigi vajalike toimingute lõpuleviimisel ja õigeaegsel ärategemisel.

Kui eaka jaoks on näiteks mõõdukalt raske tegeleda kodu koristamisega ja poes käimisega, siis nende tegevuste lõpule viimisega või õigeaegselt teostamisega jäävad raskuste ulatus samaks. Nad tunnetavad, et see küsimus kordab nende poolt varem öeldut.

N71: „No, kes see neid asju nii ikka vaatab. Kui ma ei saa kõiki toimetusi ise teha, (.) no siis ei saa ma seda teha ka kiiresti. Kes see need küsimused koostas?“

M70: „Koos elukaaslasega teeme, mina kütmisega ei saa hakkama, treppidest liikumine on raske.“

M77: „Poes käimine on nii, et mina sõidan autoga ukse ette ja proua läheb käib poes. Mina ei jõua kaua seista ju. Pesumasinat ma kasutanud ei ole, igaiüks [abikaasa] jäägu ikka oma töö juurde.“

Igapäevaste koduste toimingute tegemine ei ole kõigi jaoks rasked, uurimuses osalejate seas on isikuid, kelle jaoks ei ole probleem argielu kohustuste täitmine. Igapäevaelu kohustuste täitmine võimaldab olla inimesel tegevuses ja tagada liikumisaktiivsus. Mida vähem inimene iseseisvalt tegevusi teostab, seda suuremaks muutub sõltuvus abivajadusest.

3.5.6. Ühiskonnaelus osalemine

Küsimused puudutavad seda, mil määral on inimestel raskusi võrdselt teistega osaleda ühiskonnaelus, kas neil on võimalus iseseisvalt vaba aega veeta, kuidas kogevad nad ümbritsevas sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas raskuseid, kuidas terviseolukord on inimesi emotsionaalselt, elukorralduslikult või majanduslikult mõjutanud ning kui palju ajaliselt inimene tegeleb oma terviseolukorraga. Need küsimused ei ole otseselt seotud RFK-ga, vaid hõlmavad ka erinevaid taustategureid (personaalsed- ja keskkonnategurid), mis võivad inimese tervist mõjutada. Selles küsimuste blokis ei anta hinnangut mitte üksnes tegutsemispiirangutele, vaid ka neile piirangutele, mida põhjustavad teised inimesed ja muud ümbritsevas keskkonnas esinevad tegurid.

Ühiskonnaelus võrdselt teiste inimestega osalemine on mitmel vastajal piiratud eelkõige tervises seisundi tõttu ja ka majanduslikel põhjustel.

M37: „Ebamugavustunne tekib, liiga palju inimesi ümber. Praegu on ikka enesehinnang väga all, (.) millegagi hakkama ei saa ja olukord ei muutu.“

M69: „Seista, istuda ja kõndida ei saa pikalt. Tunne on (2) halb, ei saa ennast kultuuriliselt harida. Raha ei ole piisavalt, et kuhugi minna.“

M77: „Kus sa lähed, kui seista ei jõua. Ega ma väga enam hooligi. Istud naabrimehega, (.) lased pitsi, siis kah tuju parem.“

Vastajate seas on ka neid, kes heameelega käivad vabaaja üritustel ja sooviksid olla veelgi aktiivsemad, kui ühistranspordi liiklus seda võimaldaks.

„Ikka saan, planeerin nii, et söödan enne loomad ära jah ja teen muud toimetused ära jah. See tõstab kohe enesetunnet, kui saad kuskil käia ja korraldada“ (N71).

M70: „*Ei ole probleemi, käime elukaaslasega üks kord kuus pensionäride seltsis. Kodus ka toimetamist, palju sa ikka enam jõuad.*“

Vastajate seisukohad on ühiskondlikus elus osalemise kohta erinevad, sõltudes isiklikest teguritest, kuid ka terviseseisundist ning majanduslikust olukorrast. Inimesed tunnetavad, et terviseolukord on põhjustanud neile meeleolu langust ning sõltuvust pereliikmete abist. Elukeskkonna tingimusi hindasid inimesed mõõdukaks probleemiks, sest elukohaks on Lõuna-Eesti künklikum maastik. Näiteks Põlva linnas elavad isikud toovad alati välja linnapiires liikumise raskuse, sest linnasiseselt on olulised tõusud, mis abivahendita liikumist ei võimalda või mis liikumist piirab.

3.6. Valmisolek muutusteks ja rehabilitatsiooniteenuste vajadus

Sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse hindamise käsitluses on oluliseks inimese tugevuste ja ressursside määratlemine, et selgitada välja inimese jaoks olulised valdkonnad muutusteks ja teenuste vajadus. WHODAS 2,0 küsimustik keskendub enam inimese argielus esinevatele probleemidele ja toimetuleku raskuste ulatuste määratlemisele. Liialt levinud on siiski puude käsitlemisel meditsiiniline mudel. Visalt on arenemas lähtumine inimesest kui tervikust ning seda ka paljudes teistes eluvaldkondades, näiteks tervishoiusüsteemis.

Iga inimese valmisolek osaleda rehabilitatsioonis on erinev ning lähtuda tuleb inimesest endast. Kuna tegemist on uuenenud rehabilitatsiooniteenusega, siis ei saa inimestelt oodata kohest valmisolekut oma igapäevaelus muutusteks, vaid neid tulebki enam motiveerida osalema rehabilitatsioonis ja seadma reaalseid ning lihtsamini teostavaid eesmärke. Valmisolek muutusteks on inimestel vähene, pigem oodatakse juhtumikorraldajalt soovitusi, ettepanekuid.

M77: „*Nuputage välja midagi. Ükski näitaja enam paremaks ei muutu, mida sa siin muudad.(.) Kahe aasta pärast võin juba ilmast läinud olla.*“

Uurimuses osalejate seas on neid, kes teavad, milliseid muutusi ta oma elus on valmis tegema läbi rehabilitatsiooni, kui ka neid, kes vajavad muutusteks valmisolekul enam

motiveerimist. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel olen kõiki inimesi püüdnud nõustada ja toetada, et nad rehabilitatsioonis osaledes tunnetaksid enam kasu oma igapäevaelus muutuste kavandamisel ja teostamisel. Pikaajalistest haigusest tingitud probleeme saab mõningal määral leevendada, kuid vajalik on säilitada eluga rahulolu, tagada võimalikult iseseisev argieluga toimetulek ja liikumisaktiivsus ning seeläbi ka parem enesetunne. Terveks saada rehabilitatsiooni käigus ei ole võimalik, saab kohaneda oma haigustega ja puudest tingitud piirangutega.

N71: „*Need on ikka rohkem psühholoogilist laadi ja liikumine. Et ma ikka lolliks ei läheks,, dementseks ei jää*“.

Muutusi oma elus soovivad vastajad enamasti lähtudes terviseolukorrast. Kui küsida inimeste käest, mis teenuseid nad enam vajaksid, siis on enamasti kindel soov saada taastusraviteenuseid ja viibida sanatooriumites. Seega soovivad inimesed lõõgastavaid ja meeleolu parandavaid teenuseid.

M69: „*Eks ta masendus on jah. Tuleks kevad juba rutem jah. Aga, (.) kas selle plaaniga oleks võimalik saada (.) nagu Värskasse viieks päevaks?*“

N69: „*Siis ei saagi midagi, (.) jääb ära. Ma oleks tahtnud ainult massaaži või veeprotseduure. Ma saan oma eluga praegult veel hakkama, ei nõustamist ma ei vaja.*“

Muutuste koos kavandamisel tuleb inimestele ülerääkida hindamise küsimustikus kirjeldatud raskused ja seeläbi pakkuda inimesele siiski variante, mida on võimalik erinevatest ametiasutustest taotleda. Näiteks ühe vastaja jaoks oli oluline saada teada kutsehaiguse taotlemise alast informatsiooni. „*Ma tahaksin küll (2). Kui Teil on võimalik seda mulle uurida?*“ (M69).

Kõige enam mõistetakse muutuste vajadust liikumise osas. Soovitakse säilitada vähemalt hetkeolukorra liikumisaktiivsus või suurendada liikumisvõimalust.

„*Et ma suudaks, ikka samamoodi liikuda veel kahe aasta pärast, et hulemaks ei läheks*“ (M77).

N71: „*Et ma saaksin ikka liikuda ja et ma voodihaigeks ei jääks.*“

N70: „*Kui ma liigun, siis ma elan ja kui ma ei liigu, siis mind ei ole enam. Enda liigutamine on mul kõige tähtsam.*“

Kui intervjuu tulemustest selgub, et inimene on ikka huvitatud rehabilitatsiooniteenusest, siis juhtumikorraldajana püüan leida talle sobivad eesmärgid ning räägin need inimesega läbi. Selgitan, mida konkreetne teenus sisaldab ja seostan teenuste vajaduse eluvaldkondades esinevate raskustega. Koostöö inimesega rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel on väga oluline, sest inimestel on mitmeid raskeid terviseprobleeme, mida on võimalik rehabilitatsioonis leevendada.

M77: „*Pange kirja. Huvitav oleks kuulata, mis ta [sotsiaaltöötaja] räägib.*“

N70: „*Võib ju proovida ära [psühholoogi teenus], sest et paljud, kes on kriisisituatsiooni (2) sattunud, (.) siis ajalehtedes on kirjutatud, et on inimesed abi saanud.*“

N71: „*Kui neid [taastusraviteenuseid] ei saa anda, siis paneme psühholoogi ja psühhiaatri teenuse.*“

Uurimistöös osalejad soovisid sotsiaalsest rehabilitatsioonist saada enamasti ainult füsioterapeudi teenust. Lähtudes inimese probleemist või muutusteks valmisolekust nõustuti ka sotsiaaltöötaja, arsti ja psühholoogi teenusega, harvem õe, kogemusnõustaja ja tegevusterapeudi teenusega. Uurimistöös osalejate seas ei vajanud keegi logopeedi ja eripedagoogi teenust ning üks vastajatest loobus teenustest.

4. ARUTELU

Minu magistritöö eesmärgiks oli saada teada inimeste teadlikkusest sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse ja oma igapäevaelus muutuste valmisoleku kohta. Eesmärk oli uurida inimese valmisolekut uuenenud rehabilitatsioonis, mis nõuab neilt oma argielu põhjalikumat muutmist.

Rehabilitatsiooniteenust on Eestis osutatud puuetega inimestele alates 2000.aastast ning seetõttu on tehtud üsna palju uurimustöid rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse ja rehabilitatsiooniasutuste arendamise ning koostöö teemadel. Mitmetest uuringutest (PITRA I, 2006 ja PITRA II lõppraport, 2008; Riigikontrolli 2011.a audit; Sotsiaalministeeriumi uuring, 2013) on leitud, et rehabilitatsiooniteenus ei olnud algselt piisavalt reguleeritud, mistõttu tekkisid probleemid teenuse saajate ja teenuseosutajate hulgas. Varasemalt sattusid rehabilitatsiooniteenustele isikud, kes rehabilitatsiooniteenuseid oma argielus tegelikult ei vajanud või osutati rehabilitatsiooniplaanis ainult üksikteenuseid. Kõigil puuetega inimestel oli õigus taotleda rehabilitatsiooni, mille tulemusena koostati igale isikule rehabilitatsioonimeeskonnas rehabilitatsiooniplaan ja kavandati tegevused. Paraku piirdusid paljud rehabilitatsiooniteenuse taotlejad ainult plaani koostamisega või kasutasid tegevuskavast üksikuid teenuseid ning rehabilitatsioonimeeskondadel kulus enam aega plaanide koostamisele.

Ka sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse süsteemi satuvad inimesed, kes tegelikkuses kompleksseid rehabilitatsiooniteenuseid ei vaja, kuid nad on harjunud rehabilitatsioonisüsteemis olema ja tunnetavad seeläbi, et saavad olla ühiskonnaellu kaasatud. Neile on osutatud teenuseid, mis enesetunnet ja tervist on parandanud. Rehabilitatsioon võimaldab inimesel olla 5 päeva kodust eemal, kus on olemas soe ja puhas tuba, toit ning kompenseeritud on ka transpordikulu rehabilitatsiooniasutusse. Lisaks osutatakse taastusraviteenuseid, mis mõjutab tervist ja muudab üldist enesetunnet paremaks. Seega puuduvad inimesel endal rehabilitatsiooniteenusel viibides olulised väljaminekud. Rehabilitatsioon võimaldas tasuta majutus- ja taastusraviteenuseid. Seega on väga oluline sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse eesmärgi järgimisel ja täitmisel rehabilitatsiooni meeskondadel, kes inimestele teenuseid osutavad. Hetkel pöörduvad inimesed juhtumikorraldajate poole varem toiminud rehabilitatsioonisüsteemi jätkamiseks. Oma

igapäevatöö intervjuudest on selgunud, et teenuseosutajad on võimaldanud taastusraviteenuseid mõne teise rehabilitatsiooniteenuse nimekirjas olnud teenuse all, nt on rehabilitatsiooniplaani tegevuskavas kirjas sotsiaaltöötaja teenus ja selle asemel on saadud massaaži, soojendavaid ja lõõgastavaid protseduure. Selliselt „skeemitamisi“ esineb, kuid need muudavad juhtumikorraldajate töö keeruliseks ja raskeks ning inimese jaoks teenuse osutamise veelgi segasemaks.

Isikukeskne lähenemine rehabilitatsioonis on väga oluline. Inimeste soovide ja vajadustega arvestamine motiveerib neid enam tegutsema. Tähtis on inimeste kaasamine otsustusprotsessidesse, et eesmärgid saavutada. Inimene peab tundma ise, et ta on oma elu ekspert ja kavandab vajalikud muutused koos spetsialistide abiga. Seega on väga tähtis, et inimesed oleksid teadlikud teenustest, mida nad taotleavad. Ei ole ju mõeldav, et ma taotlen mingit teenust, mille olemusest ma midagi ei tea. Teadmatus tekitab inimestes segadust ja ka pahameelt. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse käigus on oluline igal inimesel saada teadmine ja oskus, mis võimaldab ise otsustada oma elu üle ja kavandada muutused.

Minu uurimistulemustest selgus, et vaatamata rehabilitatsioonisüsteemi pikaajalisele toimimisele, ei ole inimesed piisavalt teadlikud rehabilitatsiooni olemusest. Varasemalt toimunud rehabilitatsioonisüsteem võimaldas osutada rohkem taastusraviteenuseid ja mitte alati ei pidanud rehabilitatsioonimeeskonnad vajalikuks osutada teenuseid komplekselt. Koostati enam rehabilitatsiooniplaane ja teenuste osutamine ei teisele kohale.

Iga muutusega kohanemiseks vajab inimene aega, enamasti oleme harjunud tegutsema oma tavapärasel elukeskkonnas ja oma käitumismustrite järgi. Seega vajavad inimesed aega, et kohaneda uue rehabilitatsioonisüsteemiga. Suuremad muutused inimeste elus võiksid toimuda astmeliselt, millega kaasneb ka põhjalik teave teenuste korralduse muutmisest. Paraku jäi uue sotsiaalhoolekande seaduse vastuvõtmine eelmise aasta detsembri keskele, mistõttu on arusaadav, et piisavat informatsiooni enam jagada ei jõutud. Toon siinkohal hea näitena välja Eesti Haigekassa infovoldikud tervishoiuteenuste osutamisest, mis on jõudnud viimastel aastatel kõigi inimeste postkasti. Olen sealt isegi mõne teenuse kohta paremat teavet saanud ja võttes arvesse eakate võimalusi, siis oleks see parim viis neid teavitada. Soovime ju inimestena kõik tunda, et meiega arvestatakse.

Minu uurimistöö analüüsist selgus, et inimesed ei ole teadlikud sotsiaalsest rehabilitatsioonist ja selle raames osutatavatest teenustest. Sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust taotletakse enamikel juhtudel seetõttu, et saada jätkuvalt taastusraviteenuseid ja viibida sanatooriumites.

Muutusteks valmisolekut tuleb aga enam arendada. Muutused on võimalikud, kui inimene saab aru enesest, oma huvidest, väärtustest. Elukeskkonnast teadlikkus võimaldab juurdepääsu avalikele teenustele, riiklikele ja kohalike omavalitsuste toetustele ja teenustele. Muutustega on lihtsam kohaneda, kui inimene on oma olemuselt positiivse ellusuhtumisega ja avatud. Üsna levinud on suhtumine, et teised saavad elu meie ümber muuta. Eakamad inimesed on nõrkinud, et riiklikult on teenuseid neile vähe, kuigi nad on panustanud terve oma elu raske töö tegemisele. Abi on vähene ka kohalike omavalitsuste poolt, sest paljudel juhtudel saaks inimesi aidata üksikute sotsiaalteenuste osutamisega, näiteks sotsiaalnõustamine, koduteenused. Kuna sotsiaalteenused kohaliku tasandil ei ole piisavalt kättesaadavad, siis kasutatakse teisi teenuseid, mis kaudselt igapäevaeluga toimetulekut ja üldist heaolu parandaks. Selleks võib pidada kuni käesoleva aastani rehabilitatsiooniteenust.

Puue on üldtermin tervisekahjustustele ning tegevus- ja osalusvõime piirangutele. Inimese personaalsed tegurid mõjutavad tegevusvõime hindamist, keskkonnategureid toovad inimesed vähem välja. Rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks kasutatakse WHODAS 2.0 küsimustiku täitmiseks tuleb juhtumikorraldajal läbi viia inimesega põhjalik intervjuu. Peale intervjuud tuleb juhtumikorraldajal kogutud info veelkord läbi analüüsida ja täiendada, et koostada terviklik hindamise dokument, mis on aluseks rehabilitatsiooniasutuste meeskondadele. Kui rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise käigus selgub rehabilitatsiooniteenuste vajadus, siis koostöös inimesega tuleb sõnastada eesmärk muutusteks, mida soovitakse rehabilitatsiooniga saavutada ning eesmärgist lähtuvalt koostada tegevuskava teenuste osutamiseks. Kui rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajadus puudub, siis tuleb hinnata teiste teenuste vajadus ning seostada inimene kohaliku omavalitsuse teenustega, tervishoiuteenustega või teiste alternatiivsete teenustega, mis tagaksid inimese iseseisvama igapäevaeluga toimetuleku. Seega toimub rehabilitatsiooniteenuse taotlemine sellest aastast juhtumipõhiselt ja sätestatud on kindlad teenused, mida rehabilitatsiooni käigus osutada saab.

Üsna sagedaseks vastuseks on inimestelt, et rehabilitatsiooni käigus osutati varasemalt neile massaaži teenust ja füsioteraapia protseduure (vesiravi, soolakamber jms). Nimetatud teenuste vajadust hindavad inimesed heaks ning neile väga vajalikeks. Kõiki oma igapäevaeluraskusi seostavad inimesed läbi terviseolukorra ja haiguste. Suur hulk ajast kulub terviseolukorrast rääkimisele. Oma igapäevastes kodustes tegevustes, füüsilises elukeskkonnas ning kogukonnaelus osalemise valdkondades nad probleeme tunnetavad, kuid üldjuhul ei soovi või ei vaja neis olulisi muutusi. Rehabilitatsiooniteenus tähendab inimeste jaoks valdavalt teenuseid, mida osutatakse tervishoiu valdkonnast. Juhtumikorraldajana olen püüdnud inimese laiemalt mõtlema panna erinevate raskuste ja raskuste ulatuse üle argielus toimetulemisel (nt toimetulek uutes ja keerulisemates olukordades), sest inimeste endi tõlgendused argielus esinevatest raskustest sõltuvad tema väärtushinnangutest ja elukogemusest. Inimesed tõlgendavad raskusi erinevalt, pigem aitab raskust hinnata juhtumikorraldaja poolsed täiendavad küsimused. Lisaküsimused on alati vajalikud esitada, et selgitada välja rehabilitatsiooniteenuse vajadus ja kirjeldada küsimustikus inimese argieluga toimetulekut erinevates eluvaldkondades. Sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse küsimustikus WHODAS 2.0 hindab inimene oma raskuseid igapäevaeluga toimetulekul, kuid sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse eesmärgiks on leida üles inimese ressursid ja võimalused, mis motiveeriks neid enam muutuste kavandamisele oma argielus.

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse määratlemist mõjutab varem toiminud rehabilitatsioonisüsteem, kus inimestel oli võimalik enam saada leevendust terviseprobleemidest tingitud vaevustele. Taastusraviteenuseid osutati rehabilitatsiooniteenuste raames, kui ka eraldi tasu eest. Seetõttu on inimeste ootused uuele rehabilitatsioonisüsteemile samad. Inimesed ei ole rahul, et taastusraviteenuseid ei ole võimalik saada enam rehabilitatsioonist ja väljendavad mõnikord pahameelt riikliku teenuse ümberkorralduse üle. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenusest inimesed teavad vähe, enamasti teave puudub või on kuuldud infot põgusalt meediast. Inimesed, kes taotleavad rehabilitatsiooniteenust saavad alles juhtumikorraldajalt teada, mis on sotsiaalne rehabilitatsioon ja mida see võimaldab.

Kokkuvõte

Minu magistritöö eesmärk oli uurida, kuidas inimesed mõistavad sõna – rehabilitatsioon ja, kui teadlikud nad on sotsiaalse rehabilitatsiooni sisust. Lisaks soovisin teada saada, millistes eluvaldkondades inimesed muutusi vajalikeks peavad ning, milliseid teenuseid nad enim rehabilitatsioonist vajavad.

Minu uurimustööst selgus, et inimesed ei ole teadlikud varasemalt toiminud rehabilitatsioonist ega ka käesolevast aastast kehtima hakanud sotsiaalsest rehabilitatsioonist. Muutusteks valmisolek vajab arendamist, sest valdavalt on käsitletud puuet meditsiinilisest mudelist. Sotsiaalses rehabilitatsioonis tunnetavad tööelised inimesed enam vajadust toetavate nõustamisteenuste järele, lisaks taastusraviteenustele. Vanaduspensioniealistel inimestel on valdavalt sooviks just tervisega seotud probleeme lahendada taastusraviteenuste kaudu, vähem vajatakse nõustamisteenuseid. Rehabilitatsiooniteenuse taotlejad peavad oluliseks majutusteenust, eelistatakse sanatooriumitesse minekut, et saada soovitud teenuseid. Läbiviidud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise alusel võib öelda, et WHODAS 2.0 küsimustik on väga vajalik teenuse taotlemisel, et abi ja toetust saaksid inimesed, kes vajavad kompleksseid rehabilitatsiooniteenuseid. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kaudu on võimalik saavutada elukvaliteedi muutus, uute oskuste omandamine, toimetuleku ja tegevus- ja osalusvõime paranemine sellise terviseolukorra juures, mis inimesel on.

WHODAS 2.0 küsimustik toob hästi välja probleemid ja teenuste vajaduse psüühikahäirega ja vaimupuudega inimeste tegevus- ja osalusvõime hindamiseks. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel tuleb juhtumikorraldajal esitada küsimustiku väliseid selgitusi ja täpsustusi, et inimesed mõistaksid paremini küsimuse mõtet.

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse paremaks toimimiseks on vajalik inimesi enam teavitada teenuse sisust. Teadlikkus teenusest võimaldab kavandada inimestel muudatusi oma elus. Iga inimese jaoks on oluline ise oma eluga toimetulemine ja olla ise otsuste tegijaks oma elus.

Kasutatud kirjandus

- Anthony William A. and Farkas Marianne D., 2009. A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation: 5-7. <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Primer-on-the-Psychiatric-Rehabilitation-Process.pdf> (20.05.2016).
- Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. Rehabilitatsioonialane kompetentsikeskus, 2015. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine. Kokkuvõtte projekti tulemustest ja tegevustest: 10-13. 2015. http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Astangu/Dokumendid/Taienduskoolitus/Rehab_vaj_hindamise_pilootprojekti_kokkuv%C3%B5te_Astangu2015_.pdf (01.05.2016).
- Dean, Siegert & Taylor, 2012. Interprofessional Rehabilitation. Wiley-Blackwell. lk 17-18
- Dirk den Hollander, Jean Pierre Wilken, 2015. Kuidas klientidest saavad kodanikud: 21-22.
- Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2013. Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihooletamise korralduse analüüs. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/analuus_tvk_seosed_sotsiaalteenustega_epik_juuni_2013_.pdf
- Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2013. ÜRO Puuetega Inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis. Artek OÜ.
- ESF raamprogrammi „Töölesaamist toetavad hoolekande meetmed 2010- 2013 programmi „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2012-2013“ alapunkti 3.2. „Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine“ 2012-2013 raames läbi viidud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise piloteerimise tulemusel välja töötatud rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus ja hind. *Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenus.* <http://eelnoud.valitsus.ee/main#REDT9eX7> (17.05.2016).
- Global Definition of Social Work (avaldatud 2016). International Federation of Social Workers. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> (10.04.2016).
- Hanga Karin, 2012. Rehabilitatsioon läbi aastate. Ajakiri Sinuga. lk 25-27.

- Hanga, Karin, 2015. Õppematerjal 11.11.2015. Sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse hindamine – täiendkoolitus Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajatele.
- Hanga Karin, Roht Külli ja Roosimaa Margery, 2013. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise kokkuvõte. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Rehabilitatsioonivajaduse_hindamise_kokkuv%C3%B5te.pdf (17.05.2016).
- Health Innovation Network. What is person-centred care and why is it important. http://www.hinsouthlondon.org/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf (17.05.2016).
- International Encyclopedia of Rehabilitation. Blouin Maurice, Echeverri Luz Elvira Vallejo. Rehabilitation. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/> (10.04.2016).
- Kah-shing Yip (2008). Eneserefleksioon reflektiivses praktikas: manitsus ettevaatlikkusele. Sotsiaaltöö kd 3: 43-47.
- Laherand Meri-Liis, 2008. Tallinn. Kvalitatiivne uurimisviis: 133-137.
- Maailma Terviseorganisatsioon, 2010. Tervise ja puude mõõtmine. Maailma terviseorganisatsiooni puude hindamise küsimustiku juhend, WHODAS 2,0 : 3-4. www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/tervise_ja_puude_mootmine.pdf (27.04.2016).
- Narusson Dagmar, 2015. Sotsiaaltöö puuetega inimestega, hetkeolukord ja arengusuunad. Õppematerjal. Tartu Ülikool.
- Narusson Dagmar, 2016. Rehabilitatsiooniprotsess. Õppematerjal. Tartu Ülikool, Ühiskonnateaduste Instituut.
- Narusson, Medar, 2014. Puude kontseptuaalne käsitus. Eesti Statistika, 2014. Puudega inimese sotsiaalne lõimumine: 6-13. http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/04/Puudega_inimeste_sotsiaalne_loimumine-2.pdf (29.04.2016).
- Office of Mental Health Department of Health, Coverment of Western Australia, 2004. A recovery Vision for Rehabilitation. Psychiatric Rehabilitation Policy and Strategic Framework: 1-2; 17-18.

- http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/Mental_Illness/A_recovery_vision_for_rehabilitation.pdf (17.05.2016).
- Patton, M. Q. (2002) Qualitative Research and Evaluation Methods. 3th Edition. London: Sage.
 - Pedro Rankin, 2006/2007. Exploring and Describing the Strength/Empowerment Perspective in Social Work. *IUC, Journal of Social Work*, 14. https://www.bemidjestate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue14/articles/rankin.htm (17.05.2016).
 - PITRA II -lõppraport. Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega, 2008. Tervise Arengu Instituut. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf (27.04.2016).
 - Praxis, 2013. ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise järelevale Eestis. Lk 3-4.
 - Programm „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2007-2009“. Rehabilitatsiooniteenuse programmipõhise lähenemise piloteerimine ja reaalse süsteemi kujundamine. Lõppraport, 2009: 3. http://www.astangu.ee/fileadmin/media/dokumendid/2007_2009_projekti_loppraport.pdf (01.05.2016).
 - Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. Eesti Vabariigi Valitsus 15.05.1995. Eesti Puuetega Inimeste Koda. <http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/04/EV-invapoliitika-%C3%BCldkontseptsioon.pdf> (17.05.2016).
 - Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK), 2005. EV Sotsiaalministeerium. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon.pdf. (17.05.2016).
 - RT II, 04.04.2012, 6. Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. Riigikogu, vastu võetud 13.12.2006 <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006> (17.05.2016).
 - RT I, 29.12.2015, 33. sotsiaalkaitseministri määrus nr 66 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavate teenuste loetelu ja hindade, ülevõetava tasu arvestamise korra ja maksimaalse suuruse ühes aastas ning sõidu- ja

- majutuskulude hüvitamise korra, maksimaalse maksumuse ja sõidukulu määra ning rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumide kehtestamine“
<https://www.riigiteataja.ee/akt/129122015033> (01.05.2016).
- RT I, 30.12.2015, 5. Sotsiaalhoolekandeseadus. Riigikogu, vastu võetud 09.12.2015.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005> (01.05.2016).
 - Seletuskiri sotsiaalhoolekande seaduse, tööturuteenuste ja -toetuste seaduse ning teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu juurde. Vabariigi Valitsus. 2014.
<http://eelvoud.valitsus.ee/main#zTTPq6N7> (27.04.2016).
 - Selg Marju, 2014. Õppematerjal. Sotsiaaltöö teooriad. Tartu Ülikool
 - Sotsiaalkindlustusameti koduleht, 2016. Puuetega inimestele/Sotsiaalne rehabilitatsioon.
<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/> (27.04.2016).
 - Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, 2006. PITRA tarkuseraamat: 6-10.
www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_tarkuseraamat.pdf (27.04.2016).
 - Sotsiaalministeerium/Sotsiaalkindlustusamet/ Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, 2016. Sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse hindamine ja rehabilitatsiooniteenuse taotlemine. Infomaterjal.
 - Stacy Clifford Simplican, Geraldine Leader, John Kosciulek, Michael Leahy, 2015. Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. Research in Developmental Disabilities: 19-24
 - Strömpl, J. (2006). Tegevusuuringu kasutamisest sotsiaaltöö uurimuses. Sotsiaaltöö kd 5: 46-47.
 - T Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping Jordan, Shekhar Saxena, Michael von Korfve & Charles Pullf in collaboration with WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231.pdf?ua=1&ua=1>
 - Tambaum, Medar, Narusson, 2014. Tegevuspiiranguga inimeste sotsiaalne sidusus. Eesti Statistika, 2014. Puudega inimese sotsiaalne lõimumine: 121-122.
<http://www.epikoda.ee/wp->

content/uploads/2012/04/Puudega_inimeste_sotsiaalne_loimumine-2.pdf

(29.04.2016).

- Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE), 2015. Õigusrikkujate uimastisõltuvus – käitumisele suunatud tõenduspõhiste sekkumisprogrammide võrdlev uuring. Lõpparuanne, märts 2015. http://skytte.ut.ee/sites/default/files/ec/lopparuanne_06.04.15.pdf (17.05.2016)
- The Council on Quality and Leadership (CQL), 2010. What really matters. A guide to person-centred excellence: 9-13. <http://www.oregon.gov/oha/amh/publications/what-really-matters.pdf> (18.05.2016).
- WHO, 2013. Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health:7-11 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf?ua=1 (27.04.2016)
- Wilken Jean Pierre, Hanga Karin, Bugarszki Zsolt, Sascha van Gijzel, Karbouniaris Simona, Kondor Zsuzsa, Medar Marju, Narusson Dagmar, Saia Koidu. 2015. Lood taastumisest ja ühiskonnas osalemisest - kogemused ja väljakutsed. Tallinn: 16-18.
- World Health Organization, 2011. World report on disability: 3-4. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (01.05.2016).

LISAD

Lisa 1. Informeeritud nõusolek isikuandmete töötlemiseks

Käesolev informeeritud nõusolek isikuandmete töötlemiseks on magistritöö „Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenusest teadlikkus ja valmisolek muutusteks“ raames.

Magistritöö teostajaks on Tartu Ülikooli sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika magistrant Kadri Plato (e-post: kadri.plato@gmail.com). Magistritöö eesmärgiks on selgitada välja inimeste teadlikkus ja valmisolek osaleda sotsiaalses rehabilitatsiooniteenuses ning milliseid teenuseid inimesed sotsiaalses rehabilitatsioonis enam vajavad. Anda ülevaade rehabilitatsioonivajaduse hindamise küsimustikus käsitlevatest valdkondadest ning missugustes valdkondades on abivajadus ja toimetulekuraskus suurim ning, mis motiveerib inimesi tegema muutusi oma argielus, et tagada iseseisvam toimetulek. Saavutamaks magistritöös seatud eesmärke on Teie osalemine uurimuses väga oluline.

Palun Teil tähelepanelikult läbi lugeda käesoleva nõusoleku vorm.

Kasutan Teie isikuandmeid sisaldavat infot ainult magistritöös neid analüüsides ning seda ei edastata kolmandatele isikutele. Informatsiooni kogun järgmiste teemade kohta: teadlikkus sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse olemusest, Teie igapäevaeluga toimetulek, sotsiaalsed suhted, ühiskonnaelus osalemine ning soovitud teenuse parandamiseks ja abi kättesaadavuse tõhustamiseks. Analüüsitud andmeid ei seostata Teie isikuga ning kasutatakse üksnes analüüsitud kujul magistritöö koostamise eesmärgil.

Olen teadlik, et käesoleva nõusolekuga luban koguda ja analüüsida minu poolt antud ja minuga seotud andmeid. Tean seda, et kogutud andmeid kasutatakse üksnes antud magistritöö raames. Minu isikuandmeid töödeldakse kooskõlas isikuandmete kaitse seaduse ning sotsiaalhoolekande seadusega. Samuti olen teadlik, et võin oma andmete töötlemisest keelduda, andes sellest teada magistritöö koostajale Kadri Plato.

Mina, , olen nõus
üalloodud tingimustel isikuandmete töötlemisega ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev:

Allkiri:

Lisa 2. Poolstruktureeritud intervjuu kava

Koostasin täiendavad küsimused, mida soovisin inimestelt teada saada rehabilitatsioonist teadlikkuse ja muutusteks valmisoleku kohta.

- 1) Mida tähendab teie jaoks sõna rehabilitatsioon?
- 2) Mil määral olete kursis sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse sisuga?
- 3) Kes soovitas Teile rehabilitatsiooniteenust?
- 4) Milliseid rehabilitatsiooniteenuseid Teile varasemalt rehabilitatsioonis on võimaldatud?
- 5) Mil määral Te tundiste, et rehabilitatsiooniteenused Teid aitasid?
- 6) Millistes eluvaldkondades Teie igapäevaeluga toimetulek on enim häiritud?
- 7) Millistele probleemidele soovite te sotsiaalses rehabilitatsioonis lahendust saada?
- 8) Milliseid muutusi Te peate oma igapäevaelus vajalikuks, et suureneks iseseisvus?

Lisa 3. Taotlus Sotsiaalkindlustusametile

Olen Tartu Ülikooli sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika II aasta magistrant ja minu lõputöö teemaks on „Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenusest teadlikkus ja valmisolek muutusteks“.

Magistritöö eesmärgiks on selgitada välja inimeste teadlikkus ja valmisolek osaleda sotsiaalses rehabilitatsiooniteenuses ning milliseid teenuseid inimesed sotsiaalses rehabilitatsioonis enam vajavad. Töö eesmärgiks on anda ülevaade rehabilitatsioonivajaduse hindamise küsimustikus käsitlevatest valdkondadest ning missugustes valdkondades on inimeste abivajadus ja toimetulekuraskus suurim. Lisaks soovin teada saada, milliseid muutusi on inimesed valmis tegema oma argielus, et tagada iseseisvam toimetulek.

Magistritöö tegemisel viin läbi 7 intervjuud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise käigus, neid enne magistritöö teemast ja eesmärgist teavitades. Intervjueeritavad andsid kirjaliku nõusoleku uurimuses osalemiseks.

Intervjuus soovin kasutada rehabilitatsioonivajaduse hindamise küsimustiku (WHODAS 2.0) blokki, mis puudutab inimese toimetulekut erinevates tegevustes. Nendeks on kognitiivsed võimed, liikumine, enese eest hoolitsemine, igapäevased toimingud, suhtlemine ja ühiskonnaelus osalemine.

Intervjuudes osalejate nimekiri (isikute nimed).

Intervjuu käigus kogutud andmed salvestan oma tööarvutis ja peale analüüsimist kustutan nimetatud andmed arvutist. Kinnitan, et intervjuu andmetele juurdepääs kolmandatel isikutel puudub. Kasutan intervjueeritavate andmeid ainult magistritöö raames, tulemusi üldistades, seega on tagatud isikute konfidentsiaalsus. Kõik isikute andmed kustutan arvutist hiljemalt 15. juuni 2016.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kadri Plato (sünnikuupäev 07.09.1969)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Sotsiaalsest rehabilitatsiooniteenusest teadlikkus ja valmisolek muutusteks“

mille juhendaja on Dagmar Narusson, MA ja kaasjuhendaja Marju Selg, MSW

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 30.05.2016